

ORIGINALES

¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatomorfos epidémicos?: un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI

J.L. Tizón^a, H. Pañella^b y R. Maldonado^b

Unidad de Salud Mental de Sant Martí. Instituto Municipal de Salud Pública. Barcelona.

Objetivos. Describir un nuevo brote de «histeria de masas» o «trastorno conversivo epidémico» acaecido en Barcelona durante 1997. A partir de las características diferenciales del mismo respecto a otros brotes similares descritos en la literatura o tratados por el mismo equipo, proponer un replanteamiento del encuadre teórico de dichos fenómenos somatomorfos grupales.

Diseño. Descriptivo de la investigación epidemiológica clínica y de las intervenciones realizadas en el caso. **Emplazamiento.** Centro de salud urbano. Investigación epidemiológica y análisis de los datos realizados por el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona.

Intervenciones y mediciones. Se han realizado: a) cribados diagnósticos poblacionales; b) las encuestas epidemiológicas usuales del IMSP de Barcelona; c) entrevistas semiestructuradas con los profesionales asistenciales del barrio, y d) 2 sesiones de grupo con los profesionales sanitarios del barrio. Las técnicas del IMSP realizaron el análisis estadístico de los datos proporcionados por las mediciones b) y c).

Resultados. Se investigó a 276 personas (el 42% de la población del barrio). La tasa de ataque resultó ser del 10%.

El análisis de los datos apunta que la comunicación de la fantasía del brote de escabiosis facilitaba el autodiagnóstico e incluso el diagnóstico por parte de los profesionales sanitarios.

Conclusiones. Dada la frecuencia y repercusiones sociosanitarias de este tipo de trastornos somatomorfos, tanto en países tecnificados como en vías de desarrollo, parece importante que investigadores clínicos y epidemiólogos no esperen a plantearse su posibilidad hasta después de descartar totalmente la etiología «orgánica» de todo brote epidémico.

La segunda serie de conclusiones apunta hacia que no es adecuado calificar todos estos brotes como trastornos históricos de masas. En realidad, habría que pensar, en forma más abierta y científicamente actualizada, en trastornos somatomorfos epidémicos de diversos tipos. El brote descrito en el presente trabajo podría referirse a la variedad hipocondríiforme de aquellos, mientras que los descritos en trabajos anteriores del mismo equipo podrían entenderse como la variedad conversiva.

Palabras clave: Epidemiología; Histeria; Histeria masas; Psicopatología; Trastorno conversivo; Trastorno somatomorfo.

HYSTERIA EPIDEMICS. EPIDEMIC CONVERSION DISORDER OR EPIDEMIC SOMATOMORPHIC DISORDERS? A NEW CASE OF A REALITY FOR THE XXIST CENTURY

Objectives. To describe a new outbreak of «mass hysteria» or «epidemic conversion disorder» occurring in Barcelona in 1997. Based on this outbreak's features differentiating it from other similar outbreaks described in the literature or treated by the same team, to propose a change in the theoretical framework for these group somatomorphic phenomena.

Design. A study describing clinical epidemiological research and the interventions performed.

Setting. Urban health centre. Epidemiological research and data analysis performed by the Municipal Health Institute (MHI) of Barcelona.

Interventions and measurements. The following were performed: a) Diagnostic screening of population. b) The usual epidemiological surveys of the MHI. c) Semi-structured interviews with the quarter's care professionals. d) Two group sessions with the quarter's health professionals. MHI experts analysed statistically the data provided by measurements b) and c).

Results. 276 people (42% of the population of the quarter) were studied. The attack rate was 10%. Data analysis noted that communication of the fantasy of the outbreak of scabies facilitated self-diagnosis and even diagnosis by health professionals.

Conclusions. Given the frequency and the social and health implications of this kind of somatomorphic disorder, both in the developed countries and those «on the road to development», clinical researchers and epidemiologists should not wait to pose the possibility of hysteria until after the «organic» aetiology of an epidemic outbreak has been completely discounted. The second series of conclusions points towards the incorrectness of defining all these outbreaks as *mass hysterical disorders*. In reality, we should be thinking, more openly and in a more scientifically modern way, of *epidemic somatomorphic disorders of various kinds*. The outbreak described in the current study could be referred to as the *hypochondriiform variety* of outbreak, whereas those described elsewhere by the same team could be understood as the *conversion variety*.

(Aten Primaria 2000; 25: 479-488)

^aPsiquiatra de Atención Primaria y Psicoanalista. Director de la Unidad de Salud Mental de Sant Martí (nord) del Institut Català de la Salut en Barcelona.

^bTécnicas del Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona.

Correspondencia: Jorge L. Tizón.
Unitat de Salut Mental. Pza. de la Infancia, s/n. 08020 Barcelona.

Manuscrito aceptado para su publicación el 1-XII-1999.

Introducción

En la investigación epidemiológica de brotes epidémicos agudos a menudo la calidad y rigor de las mediciones y estudios quedan alterados por la necesidad de intervenciones concurrentes. Esas son una de las características básicas de lo que algunos autores han llamado «epidemiología campo»¹. En estos casos, la investigación de brotes está determinada básicamente por las características, repercusiones y evolución del proceso: número de personas afectadas, tipo de proceso del que se trata, conocimientos epidemiológicos existentes sobre el mismo y, ante todo, por el tipo de medidas de control necesarias, por la urgencia o rapidez que precisan las mismas... Ese conjunto de variables hace que la investigación pueda ser más completa y «metodológicamente perfecta» o bien más descentada del lado de la intervención y, por lo tanto, metodológicamente menos completa y sólida.

Esa implícita contradicción metodológica resulta magnificada en el caso de los brotes de histeria o trastornos conversivos epidémicos, para ajustarnos a nuestra terminología y la de la APA². En estos casos, los estudios epidemiológicos intentan, ante todo, «descartar» otros procesos, generalmente biológicos, con los que se confunden. Pero a menudo, esa perspectiva de la intervención epidemiológico-clínica, habitual en muchos autores en la investigación de estos brotes –y en general en la clínica de la histeria–, limita en gran medida su conocimiento, lo que, con cierta frecuencia, resulta psicológicamente iatrogénico. La hipótesis de trastorno conversivo epidémico no suele plantearse al inicio de la investigación^{3,4}: lo más frecuente es que se trate de una hipótesis que surja

cuando se han descartado otros procesos. Esta realidad asistencial queda plasmada ya en la propia definición de estos brotes epidémicos y en uno de los criterios que Small⁵ estableció para confirmar la existencia de un brote de este tipo (el criterio de «normalidad en las exploraciones físicas y analíticas»).

Las características epidemiológico-clínicas del brote de histeria de masas fueron definidas por Sirois⁶, y por Small y Nicholi⁵. Diferentes autores han añadido algunas otras características claves del mismo^{3,4,7-20}. Una de las más importantes, desde el punto de vista de salud pública, es el riesgo de recaídas de este tipo de trastornos, en especial si no se establecen medidas de intervención y/o control. De ahí la importancia del reconocimiento temprano del proceso, puesto que existen brotes publicados cuya duración ha llegado a ser de semanas e incluso de varios meses^{5,6,13,21-25}. Por ejemplo, en el año 1995, se investigó en Barcelona un supuesto brote toxicológico en una escuela pública. La hipótesis de *trastorno conversivo epidémico* pudo incluirse casi desde el inicio de la investigación, lo que permitió poner en marcha intervenciones psicológicas supuestamente terapéuticas y prevenir intervenciones psicosociales supuestamente iatrogénicas. El resultado es que, a pesar de lo habitualmente aparatoso de estas situaciones, el brote pudo finalizar en horas, y hasta el momento de la redacción de este artículo (1999) no se han producido recaídas en dicho medio^{3,4}.

Sujetos y método

El primer objetivo del presente trabajo es describir un nuevo brote de «histeria de masas» o «trastorno conversivo epidémico» acaecido en Barcelona durante 1997. También en este caso afectó a una comunidad bastante aislada y marginalizada, más aislada y anómica incluso que la de nuestra comunicación anterior^{3,4}.

La investigación se inició a partir de la notificación de un supuesto brote de escabiosis, el cual, según las comunicaciones sanitarias iniciales, afectaba a unos 30-40 niños de una barriada de la ciudad de Barcelona habitada por 631 personas en total (según un censo propio, elaborado por los servicios sociales del distrito municipal). Como es habitual en estos casos, las notificaciones que pusieron en marcha la investigación se realizaron al Institut Municipal de la Salut (IMS). Tales notificaciones oficiales provenían de la dirección de

una de las escuelas de la barriada y del centro de atención primaria de salud de la zona.

A partir de ese momento se pusieron en marcha las siguientes intervenciones: *a)* un cribado diagnóstico poblacional a cargo de 2 dermatólogos especializados; *b)* las encuestas epidemiológicas usuales del IMSP de Barcelona para brotes epidémicos, adaptadas para la supuesta escabiosis; *c)* entrevistas semiestructuradas con los profesionales asistenciales del barrio, y *d)* 2 sesiones de grupo con los profesionales sanitarios del barrio.

Simultáneamente, las técnicas del IMSP realizaron el análisis estadístico de los datos proporcionados por las mediciones *b)* y *c)*.

Como decimos, 2 días después de las notificaciones se practicó una intervención comunitaria con el fin de detectar todos los casos de escabiosis existentes en la barriada y lograr su tratamiento inmediato y simultáneo. Tras la intervención de 2 dermatólogos especializados en el tema, que lograron una cobertura del 83% de la población supuestamente afectada, *no se encontró ningún caso de escabiosis*. Las lesiones, sobre todo en la población infantil, correspondían a picaduras de insecto.

Ante esta nueva situación se reelaboraron las hipótesis de la investigación. Teniendo en cuenta la experiencia anterior del equipo del Institut Municipal de Salud Pública, se pasó a confirmar la existencia de un *trastorno conversivo epidémico o brote de histeria colectiva* entre la población de la barriada y de los profesionales que trabajan en ella, una hipótesis que alguno de los técnicos de dicho instituto había planteado ya desde las primeras aproximaciones. La fuente, en este caso, serían los progenitores de los niños afectados por las picaduras.

Para la identificación de casos, y ante el rechazo que se suscita en este tipo de situaciones entre las personas afectadas, se utilizó un cuestionario para el diagnóstico de escabiosis. Se recogió información de 276 personas (42% del total de población): información demográfica básica, edades y sexos en el núcleo familiar, tratamiento de escabiosis, fecha en que se realizó, número de veces que se trató y medicamento que utilizó cada individuo investigado.

Se adoptó como definición de caso la siguiente: «*Persona que en el período de noviembre de 1996 a mayo de 1997 hubiera hecho tratamiento antiescabiosis y viviera en la barriada o trabajara con la población de la misma.*»

Con esta definición pudo observarse que el aumento inusualmente brusco de casos y otra serie de datos que luego reseñaremos se contradecían con los elementos señalados en los modelos de investigación epidemiológica usuales^{26,27}. Había que confirmar pues la hipótesis de un nuevo brote de *histeria de masas o trastorno conversivo epidémico*. Los criterios de diagnóstico para esta hipótesis fueron los del propio equipo investigador, definidos en trabajos

anteriores^{3,4}. A su vez, tales criterios están basados en la propia experiencia de tratamiento de casos de histeria individuales, en los criterios del DSM-IV², en los de Small^{5,15}, en los de las investigaciones bibliográficas previas (p. ej., Sirois⁶) y en los hallazgos de otra experiencia de tratamiento por parte de uno de nosotros (JLT) de otro brote de trastorno conversivo epidémico en una institución escolar de clases medias de la ciudad de Barcelona.

Para poder confirmar esta segunda hipótesis, al tiempo que se realizaba la intervención epidemiológico-clínica se puso en marcha un diseño de casos y controles a partir de los datos recogidos. El objetivo en este campo consistía en perfilar y describir el brote y analizar la transmisión de la angustia entre los profesionales y la población. La información se obtuvo: *a)* mediante el interrogatorio de los habitantes del barrio a partir del cuestionario anteriormente comentado para detección de la escabiosis, y *b)* mediante las entrevistas semiestructuradas a los profesionales de las instituciones del mismo (escuela de enseñanza primaria, guardería, taller de adultos y centro de atención primaria) después del 26 de mayo. Las preguntas se referían al inicio del brote, al cómo se enteraron y qué es lo que hicieron. Las respuestas se compararon con la información que se disponía de las mismas personas, previa al conocimiento de que no se trataba de escabiosis (antes del 26 de mayo). Las medidas de frecuencia utilizadas fueron las tasas de ataque, las de asociación, la *odds ratio* y su intervalo de confianza del 95%. El test estadístico fue el test de Fisher.

Resultados

La tasa de ataque en la población se estimó a partir de las 276 personas investigadas (un 42% de la población): habían sido 26 las personas que recibieron tratamiento para la escabiosis en el período descrito. La tasa de ataque global fue pues del 10%.

La distribución temporal de los casos registrados (fig. 1) muestra un inicio en diciembre y 2 picos con un mayor número de casos en marzo y mayo. Después del 26 de mayo sólo se tuvo conocimiento de un nuevo caso de diagnóstico (también erróneo) de escabiosis (en un profesional del taller de adultos).

Los elementos investigados para la hipótesis ampliada (que incluía el *trastorno conversivo epidémico*) fueron los siguientes:

1. Inicio del brote: al parecer, este último brote (o este último agravamiento de un supuesto brote de escabiosis que venía enseñoreándose en la barriada desde hacía «meses o

años) había comenzado en noviembre del año anterior. No pudo confirmarse ni uno solo de los supuestos diagnósticos de «sarna» anteriores.

2. Final del brote epidémico: justo el 28 de mayo, cuando el 26 se habían iniciado las medidas de control.

3. Agente trasmisor: se investigó y descartó que desempeñaran ningún papel los insectos endémicos, un rebaño de cabras que existe en el barrio, una endemia en la población de la barriada o la infección de algunos profesionales de la misma...

4. Agente patógeno: se investigaron diversos insectos y parásitos, así como la angustia o ansiedad persecutoria ante el contagio de una enfermedad considerada producto de la pobreza y la falta de limpieza. No existían datos a favor de los factores biológicos y sí datos empíricos y clínicos (procedentes de las entrevistas con la población y las sesiones de grupo con los profesionales) a favor de la hipótesis psico[pato]lógica.

5. Población afectada: habitantes del barrio, con posterior difusión a alguno de los técnicos que trabajan en él (maestros de escuela infantil y de adultos), sin que en ningún caso aparecieran lesiones patognomónicas.

6. Vía de trasmisión: numerosos datos y observaciones apuntaban a que fueron la visión de las lesiones de los niños y la comunicación y escucha (de la fantasía persecutoria) de que existía un brote de escabiosis en la zona, lo que favoreció la difusión de los casos (tablas 1-4).

La distribución de casos según edad y sexo (tabla 2) muestra que de 0 a 14 años la probabilidad de haber recibido tratamiento de escabiosis fue mayor en los niños varones, mientras que de 15 a 29 años fue superior en mujeres. A partir de los 30 años, para ambos sexos, no hubo ningún tratamiento. Al «encartar» desde el principio de la investigación la perspectiva psicosocial, una de las subhipótesis manejada era que los progenitores (y en especial la madres) fueran las que propagaran el falso diagnóstico. Esta hipótesis recibe un cierto apoyo a partir de una serie de datos: a) el grupo de edad de 20-29 años, que incluía a la mayoría de las madres de las familias afectadas, era el segundo grupo con mayor tasa de ataque entre las mujeres; b) en los núcleos familiares con una madre de este grupo de edad, más del 50% de sus miembros habían recibido tratamiento; c) el padre no había recibido

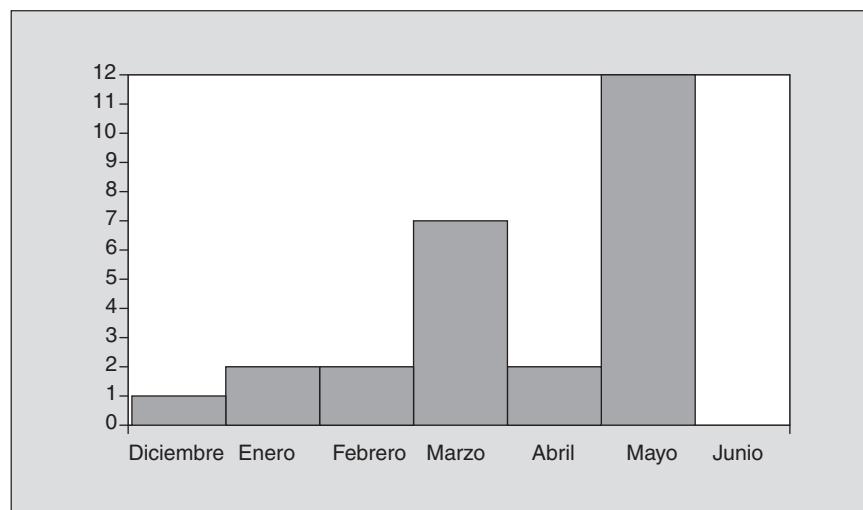


Figura 1. Distribución temporal de los casos que habían recibido tratamiento. La primera notificación de casos de escabiosis a l'Institut de la Salut se realizó en noviembre de 1996 (10 casos). En aquel momento no se consideró necesaria la intervención desde salud pública. En la investigación posterior, estos 10 casos no quedaron reflejados, y las personas que declararon haber recibido algún tratamiento de escabiosis se situaban a partir del mes de diciembre. El número de personas que recibió tratamiento fue aumentando solapadamente hasta el mes de marzo, cuando se produjo un pico de tratamientos que de nuevo descendió, para aumentar posteriormente en mayor grado en el mes de mayo, cuando en dicho mes de nuevo se volvió a declarar el brote con 30-40 afectados, según la comunicación, pero en la investigación fueron sólo 12.

tratamiento en ninguna familia, y d) los dos primeros casos registrados fueron mujeres de 27 y 23 años, respectivamente.

En la distribución de casos según lugar (tabla 3), se observó una mayor tasa de ataque entre la población de la barriada. Después, entre los maestros de las escuelas de niños. Fue menor entre profesionales que trabajaban con adultos y no hubo casos entre los profesionales sanitarios y de servicios sociales. Los casos en profesionales aparecieron después de que «supieran» que había personas afectadas de escabiosis en la población. La angustia vivida por el miedo al contagio (padres y maestros) o por el hecho de tratarse de una enfermedad relacionada con la suciedad, la pobreza y la marginalidad (padres y sanitarios), también se reflejó en las entrevistas. La hipótesis de transmisión de esta angustia, medida mediante la probabilidad de un diagnóstico de escabiosis sin base orgánica para el mismo, fue estudiada por el equipo del IMS, dividiendo la población en dos categorías de exposición de mayor a menor intensidad (tabla 5). Las diferencias fueron es-

tadísticamente significativas y la *odds ratio* de 9,8 (1,01-233,2). No olvidemos, además, que el cribado poblacional de los dermatólogos había proporcionado unos resultados diafanos: no se confirmó ni un solo diagnóstico de escabiosis.

Tras establecer el diagnóstico de trastorno conversivo o somatomorfo epidémico, se realizaron 4 tipos de intervenciones puntuales: a) comunicación a los supuestos afectados de los resultados de la exploración dermatológica de la comunidad, comunicación que fue recibida con incredulidad y escepticismo; b) comunicación de la situación a los sanitarios presentes en algunas reuniones informales realizadas (principalmente, al equipo coordinador del centro de atención primaria de salud), comunicación que también fue recibida con cierto escepticismo; c) investigación conjunta entre los técnicos del IMS y la población acerca del origen de las picaduras de insectos –recordemos que anteriormente se habían atribuido las lesiones a «sarna procedente de unas cabras que pastaban por la zona», a la suciedad de unos basureros clandestinos realmente existentes junto al barrio y otra serie

TABLA 1. Criterios para el diagnóstico en un brote de trastorno conversivo epidémico o «histeria de masas»

	Se cumplen en este brote	No se cumplen
1. Proceso contagioso, desorganizado e incontrolado.	x	
2. Proceso espontáneo e inusual	x	
3. Proceso que no recibe contención o supresión de la comunidad	x	
4. Entorno social o personal inestable, desestructuración relacional y/o de la red social	x	
5. Poblaciones cerradas, aisladas y/o anómicas —> aumento de las ansiedades persecutorias y confusionales	x	
6. A menudo, poblaciones con dificultades de comunicación (lingüística y/o general): barreras culturales, idiomáticas, físicas...	x	
7. Los síntomas más frecuentes son los mismos que los de los trastornos conversivos: hiperventilación, síncope, trastornos psicomotrices, trastornos digestivos, trastornos nerviosos, crisis de ansiedad...	x	
8. Desencadenante somáticamente poco importante pero psicológicamente contagioso	x	
9. Inicio en la adolescencia o preadolescencia*		?
10. Predomina el sexo femenino*		?
11. No afecta a todas las personas del mismo ambiente*	x	
12. Evidencia de estrés en los afectados* Poblaciones sometidas a ansiedades persecutorias suplementarias + ocasionales: fatiga, tensión extrema, situación inusual...	x x	
13. Transmisión más frecuente a través de la vista o la escucha*	x	
14. Recaídas frecuentes en la población tras el primer brote si no es adecuadamente elaborado*		?
15. Inicio rápido y final rápido*	x	
16. Normalidad de las exploraciones físicas y analíticas*	x	

*Criterios modificados y completados a partir de Small (1982)⁵.

Tomada de Tizón et al, 1996, 1998.

TABLA 2. Distribución de tasas según edad y sexo en la población investigada

Edad	Casos varones	Casos mujeres	No casos varones	No casos mujeres	Tasa en varones (%)	Tasa en mujeres (%)
0-4	4	2	2	5	67	29
5-9	3	6	0	3	100	67
10-14	3	1	1	6	75	14
15-19	1	2	4	4	20	33
20-29	0	4	3	2	0	60
> 30	0	0	10	8	0	0
Total	11	15	20	28	35	35

TABLA 3. Distribución de tasas según lugar de aparición de casos

	Casos	No casos	Tasa (%)
Población general	26	48	35
Maestros de la guardería	2	2	50
Maestros de la escuela	4	11	27
Maestros del taller	11	7	12,5
Totales	33	74	31

de hipótesis epidemiológicamente inverosímiles (pero psicológicamente muy creíbles para esta población)–, y d) recomendaciones para que los sanitarios no aceptaran, en lo sucesivo, las «presiones psicológicas» encubiertas o inconscientes que, hasta entonces, habían llevado a diagnósticos erróneos de escabiosis.

Ante la renuente aceptación de este dictamen por parte de los profesionales, tanto pedagógicos como sanitarios, se pensó en la posibilidad de que hubiera que considerarlos como población también sujeta, en este caso, al supuesto trastorno conversivo epidémico, al menos como agentes propagadores (involuntarios e in-

conscientes, desde luego). Por ello se puso en marcha una nueva medida de intervención: la realización de 2 sesiones de grupo con el personal sanitario. Los objetivos eran los siguientes: a) que las mismas actuaran como elemento de contención del equipo (y, por mediación de los profesionales, de la población); b) lograr una cierta reelaboración de las ansiedades confusionales y persecutorias que llevan a esas situaciones²⁹⁻³², y c) comunicar elementos cognitivos para la comprensión de los brotes epidémicos (de escabiosis y de conversión).

Discusión

Discusión epidemiológica

La comparación entre las entrevistas antes y después del día 26 (tabla 4) mostró una importante discordancia entre la información facilitada en un momento y otro, divergencias temporales que, en nuestra experiencia, adquieren gran sentido en la comprensión de estos brotes epidémicos. Comentaremos algunas de las discordancias apreciadas en la tabla, escogidas precisamente para ilustrar la discusión:

TABLA 4. Comparación de los resultados de las entrevistas antes y después del 26 de mayo

Preguntas	Antes del 26 de mayo	Después del 26 de mayo
Cuándo se inició la epidemia	«En noviembre de 1996»	Comentan casos del año anterior
Cómo se enteraron	Escuelas: A partir escritos médicos 42 casos de «sarna» Casos de «sarna» en maestros y monitores	Escuelas: A partir de escritos médicos Sólo en 2 casos existía un diagnóstico de escabiosis; en los 40 restantes, picaduras Los casos en maestros y monitores fueron diagnosticados después de explicar al médico que trabajaban con niños con escabiosis
	Taller y servicios sociales: Comunicación verbal de adultos del barrio. Un caso en un profesor	Taller y servicios sociales: Comunicación verbal a partir de adultos del barrio El caso del profesor también se «diagnosticó» tras sugerirle que era por el contacto en el trabajo.
	Sanitarios: Por las visitas y diagnósticos hospitalarios Había 20-30 casos escabiosis	Sanitarios: Dudaban entre escabiosis y picaduras de insectos No consultaron al especialista
Qué hicieron	Escuelas: Lo notificaron y compraron tratamiento Solicitaron cerrar escuela	Escuelas: Había mucha presión de las madres por miedo al contagio Orientados por el IMSP, no cerraron la escuela
	Taller: No admitieron adultos del barrio durante 13 días	Taller: Readmitieron a todos los alumnos, incluidos los del barrio, y fumigaron
	Sanitarios: Lo notificaron	Sanitarios: Se resistían/defendían a creer que la angustia también se contagia

1. La presión (psicológica) de las madres y de algunos profesionales, sobre la certeza de que se trataba de escabiosis, junto al miedo al contagio, se pusieron de manifiesto en los relatos de cómo habían sugerido el diagnóstico. También pudo observarse esa «certeza interna» (psicológica, pero no lógica) en algunos profesionales no sanitarios e incluso en algunos profesionales sanitarios.

2. Los propios médicos, pertenecientes a un equipo con buena preparación, capacidades, voluntad clínica y alta producción científica y clínica, notificaron en repetidas ocasiones el diagnóstico de escabiosis. En un segundo momento, reconsideraron sus diagnósticos, salvo algún profesional.

3. Pero llama la atención el que estos profesionales, a pesar de las dudas sobre el diagnóstico de escabiosis, no consultaran en ningún momento a un especialista.

4. La escuela notificó un total de 42 casos de escabiosis en niños, cuando en realidad tenían este diagnóstico sólo dos de ellos (y, como se vio más

TABLA 5. Medida de la asociación de riesgo de aparición de diagnósticos de escabiosis entre profesionales

Exposición	Casos	No casos	OR (IC del 95%)
Angustia propia + angustia de los padres	6	19	9,8 (1,01-233,16)
Angustia propia o de los padres	1	31	p = 0,03

TABLA 6. Concepto de hipocondría

Preocupación exagerada acerca del funcionamiento corporal y de sensaciones, signos y síntomas, preocupación que lleva a la creencia ansiógena de que se sufre o sufrirá una enfermedad médica grave.

Tomado de Broden & Myers, 1981^{40,28}.

tarde, se trataba de un diagnóstico poco verosímil). La base para estas notificaciones era las lesiones de picaduras de ácaros o mosquitos que sí padecía gran parte de la población infantil de la escuela.

5. Antes del 26 de mayo algunos padres habían dejado de llevar a sus hijos a la escuela por miedo al contagio.

6. Antes de esa fecha, los temores (o fantasías persecutorias) de padres y

maestros habían llevado a solicitar el cierre de la escuela.

7. El taller de adultos se cerró, a pesar del dictamen contrario del Instituto Municipal de la Salud, durante un período de 10 días.

Opinamos que la situación descrita puede considerarse como un brote de «histeria de masas» o, en nuestra terminología, de «trastorno conversivo epidémico», porque cumple los crite-

rios básicos de Small⁵ numerados en la **tabla 1**: desde el 1 al 8 y del 11 al 16. Parcialmente, los criterios 9 y el 10. Además, siguiendo con el resto de los elementos para el diagnóstico de tal proceso, fue un proceso contagioso, desorganizado e incontrolado porque: *a)* la investigación puso de manifiesto falsos diagnósticos incluso entre maestros y el riesgo de aparición de un caso a partir de la transmisión de la angustia, y *b)* los casos de falsos diagnósticos fueron surgiendo durante un período de 6 meses y ninguno fue confirmado por un especialista (criterio de proceso desorganizado e incontrolado).

Acerca del resto de criterios de la **tabla 1** podríamos decir resumidamente que: *a)* el brote en sí mismo se ha tratado de un proceso inusual puesto que no había experiencia de otro semejante en la zona y, en 2 años, no ha habido notificación de otro del mismo género en el municipio de Barcelona, y *b)* ha sido un proceso *espontáneo*, puesto que a pesar de haberse iniciado a consecuencia de la profusión de picaduras de insectos, estas lesiones fueron confundidas con escabiosis probablemente sin otro motivo que las fantasías (conscientes e inconscientes) de relación entre escabiosis, suciedad y pobreza.

Sin embargo, a diferencia del otro cuadro de trastorno conversivo epidémico anteriormente descrito por el mismo equipo^{3,4}, la comunidad no proporcionó contención al proceso ni logró paralizar su difusión, a pesar de que en las distintas visitas realizadas a la población se detectaron personas que no estaban de acuerdo con el diagnóstico de escabiosis. No obstante, pese a haber manifestado su incredulidad, estas personas no contuvieron la presentación de nuevos casos. En este brote probablemente los líderes comunitarios no colaboraron en la contención de la ansiedad, como sí había hecho un líder musulmán en el brote de comparación. Incluso cabe la duda razonable de que contribuyeran a su difusión, presionados por su propia situación de penuria asistencial y por la marginalidad e injusticia en que habita la población del barrio.

Por otra parte, se trata de una *población cerrada* (**tabla 1**), incluso físicamente: está rodeada de vallas que la aíslan de las barriadas limítrofes, sólo dispone de una línea de autobús, no cuenta con más servicios

que los mencionados en este trabajo... La inmensa mayoría de la población es de etnia gitana. El proceso ocurría entonces en un entorno social inestable, con desestructuración relacional y/o de las red de relaciones sociales y en una población cerrada, aislada y anómica (en el sentido de Durkheim³³) (criterios 4, 5 y 6 de la **tabla 1**): en efecto, se trata de una población con un estatus socioeconómico bajo o marginal, que en sus tiempos había requerido la puesta en marcha de un programa social específico por parte de la municipalidad de la ciudad (programa poco valorado aún hoy, tanto por la población de la zona como por los propios profesionales). El tema se hizo patente en las sesiones de grupo: estaba claro que la municipalidad y sus representantes, incluidos los técnicos del IMSP, eran vividos como persecutorios y/o desinteresados por la población de la barriada... e incluso por los profesionales de los servicios públicos de la misma.

De nuestros criterios para el diagnóstico, que recogen los de Small, parece que sólo dejan de cumplirse los más anecdóticos, y sólo parcialmente. En efecto, en nuestra investigación epidemiológica el inicio de la epidemia no pudo determinarse con claridad, pero los primeros casos recogidos no correspondían a las edades de la adolescencia o preadolescencia. El predominio del sexo femenino no queda reflejado en las tasas de ataque globales por sexo. El papel que las madres tuvieron en el «diagnóstico» y la propagación de las fantasías y ansiedades persecutorias²⁹ queda reflejado en que fue su grupo de edad el más afectado, no observándose casos en varones de la misma edad; también, porque en los núcleos familiares de estas madres afectadas más de un 50% de sus miembros lo estuvieron. Evidentemente, no afectó a todos los miembros del mismo ambiente, ni del barrio, ni del mismo núcleo familiar (criterio 11). Pero este dato, en el presente «brote», también sirve para descartar la hipótesis de escabiosis, puesto que desde un punto de vista epidemiológico era casi imposible aceptar que hubiera escabiosis en niños sin afectación de ninguno de los progenitores.

La transmisión sí que fue por la visita y el oído, puesto que dichos habitantes de la Barcelona «del cuarto mundo» veían las picaduras y (se)

comunicaban entre ellos que era *sarna* (criterio 13). Hasta la intervención, sí habían existido algunas recaídas en la población, en el sentido que algunas personas habían recibido tratamiento para la escabiosis en más de una ocasión. Sobre la rapidez del inicio de la epidemia, no se ha podido determinar con suficiente fiabilidad: de hecho, la curva ascendente se inicia de forma solapada durante meses. La primera comunicación del proceso a los servicios de salud pública de la ciudad tuvo lugar en noviembre de 1996, con la declaración de 10 casos en niños. Pero es claramente identificable un acmé o «brote» de inicio y caída rápidos: el mayor número de diagnósticos se produjeron en el mes de mayo 1997. A partir del 26 de mayo, fecha en la cual los especialistas en dermatología, después de revisar al 83% de la población afectada, concluyeron que no se trataba de escabiosis, sólo hubo un nuevo diagnóstico, también erróneo (criterio 15). Ese final tuvo lugar desde el momento en el cual, a pesar de sus reservas conscientes e inconscientes, los profesionales dejaron de apoyar (confirmar) la fantasía de que se trataban de lesiones de escabiosis y no de picaduras de insectos. En este brote, el criterio de normalidad en las exploraciones físicas y analíticas se puso de manifiesto por la confirmación llevada a cabo por los 2 especialistas en escabiosis: no la padecía ninguno de los casos calificados con dicho diagnóstico. En la investigación de posibles diagnósticos de escabiosis emitidos por el servicio de dermatología del hospital de referencia de la barriada, tampoco se confirmaron dichos diagnósticos (criterio 16).

Discusión conceptual

Son pocos los brotes de histeria en comunidades descritos en la bibliografía en comparación con la realidad de su presencia clínica. La mayoría corresponden a brotes en medios escolares^{3-8,10,11,13-21,36-39} y cumplen mucho más claramente los criterios de *trastorno conversivo epidémico* o *epidemia de histeria* que definimos en nuestro anterior trabajo. Pero precisamente las discrepancias encontradas en este brote, junto con el carácter indudablemente poco definible o concreto de muchos de los criterios expuestos en la bibliografía o enumerados por nosotros mismos,

nos obligan a ir un paso más allá en esta discusión. En realidad, nuestra opinión sobre los estudios acerca de este tipo de situaciones es que, al menos en los aspectos psicológico-psiquiátricos de los mismos, nos movemos habitualmente a un nivel muy rudimentario, con excesiva disociación, dejando «demasiado de lado» los componentes psicológicos del tema. Nos referimos a los «componentes psico(pato)lógicos», tanto de la psicopatología clínica tradicional como de la psicología clínica y la social.

En este caso, además, volvemos a encontrarnos con profesionales que no llegan a detener la propagación de las fantasías persecutorias y la ansiedad secundaria a la existencia de escabiosis. Al contrario, bastantes de entre ellos parece que apoyaron tales «diagnósticos» *sin que, a pesar de poseer capacidades y medios para ello*, llegarán a un diagnóstico negativo y se lo comunicaran así a la población y los afectados. En contra de lo que podían ver por sí mismos, y sin, en caso de dudas, consultar con un especialista o solicitar los informes hospitalarios (negativos), algunos médicos o enfermeras parece que colaboraron en la difusión de la supuesta «epidemia».

¿Cómo puede haber sucedido así, tanto en este caso como en otro muchos? ¿Habrá que pensar que dichos profesionales sanitarios están «poco al día» del tema y deben reciclar sus conocimientos o actitudes? O, como nosotros proponemos, ¿habrá que pensar que el principal contagio que ocurre cotidianamente en la asistencia sanitaria no es el de microorganismos o parásitos? La ansiedad también «se contagia» y es uno de los vectores más contagiosos e influyentes, pues llega a «oscurecer» las capacidades cognitivas y la experiencia personal²⁹. Se nos dirá que ello es obvio, pero no creemos que las organizaciones sanitarias hoy estén orientadas de cara a esta realidad tan obvia. De ahí que, cada vez que ocurre un nuevo brote de trastorno conversivo epidémico, el aparato sanitario resulte normalmente tan poco eficaz para establecer un diagnóstico precoz y una atención adecuada. El resultado es que incluso excelentes profesionales pueden quedar confundidos y que haya habido brotes de TCE de días o semanas de duración... incluso en hospitales^{6,22}.

La segunda consideración teórica que queríamos realizar para concluir este

TABLA 7. Algunas formas epidémicas o endémicas de trastorno somatomorfo descritas desde una perspectiva epidemiológica

Poblaciones	Observadores-Comunicantes
Soldados indios en la Segunda Guerra Mundial	D.W. Abse.
Enfermedad de los partisanos (yugoslavos)	P. Parin, L. Rogers y H.F. Ellenberger
«Síndrome de Puerto Rico» («Mal de pelea»)	Maldonado-Sierra, D.R. Mehlman y A. Rottemberg
«Piblocto» esquimal	R.E. Peary y A.A. Brill
«Psicosis» nupciales en Egipto	B. Lewin y S. Ammar
Síndrome de Ganser en detenidos	Ganser y Ellenberger ⁴¹
Meigallo gallego	E. González y A.I. González ⁴²

Situaciones anómicas.
Con dificultades de identificación.
Con desestructuración relacional y/o de la red social.
Con graves ansiedades persecutorias.
Con dificultades de expresión por otras vías.

artículo era acerca del propio diagnóstico. En nuestro anterior trabajo proponíamos un diagnóstico más adecuado, operativo y organizado de la «histeria de masas» o «síndrome sociogénico de masas»: por eso proponíamos designarlo como «trastorno conversivo epidémico». En efecto: creemos que con la noción de «histeria de masas» se ha caído nuevamente en los aspectos marginalizadores y casi insultantes con los cuales el término «histeria» se utiliza hoy³⁴. Pero, además, lo fundamental en este brote no eran los síntomas concretos, sino la convicción de que se trataba de una «sarna» no descubierta o atendida por los servicios comunitarios.

En consecuencia, es evidente que se trata de una propagación grupal de ansiedades persecutorias vividas en el cuerpo, vividas como una enfermedad. En terminología psicopatológica más actualizada y exacta, ese tipo de trastorno hoy se denomina *trastorno somatomorfo*: el trastorno se comunica mediante el cuerpo, asemejándose más o menos a una afección médica. Pero, si no se puede hablar con seguridad de histeria, de trastorno por conversión, ¿a qué tipo de trastorno somatomorfo podemos remitirnos? Evidentemente, no puede tratarse de un *trastorno por somatización*: en los brotes, los afectados se quejan de 1, 2 o como mucho 3 síntomas (en este brote, de uno solo). Lejos pues del mínimo de 8 síntomas somatomorfos necesarios para hablar de un trastorno por somatización. Pero sí se cumplen los criterios del *trastorno somatomorfo indiferenciado*²: uno o más síntomas bastan... En realidad, en el brote estudiado se cumplían casi todos los criterios de este trastorno sal-

vo, naturalmente, la duración (en el caso de la psicopatología clínica, no social, se ha adoptado el criterio de que debe ser de al menos 6 meses). Con nuestra experiencia y los estudios anteriores en la mano, podemos afirmar hoy que *muchos de los «brotes de histeria de masas» descritos hasta hoy en la bibliografía deberían describirse en realidad como brotes de trastornos somatomorfos indiferenciados*.

Pero en el presente «brote» o «epidemia» se dan otros fenómenos que merecen nuestra atención. Recordémoslos: a) la convicción de presentar «sarna» en la población, más resistente de lo habitual en otros «brotes»; b) el hecho de que tal convicción era compartida por bastantes profesionales de la pedagogía del barrio (se llegó a cerrar el taller de adultos para los adultos del barrio, se solicitó el cierre de la escuela...), y c) tal convicción era compartida incluso por los profesionales sanitarios (sobre cuya preparación médico-biológica y dedicación, desde luego, no tenemos ni tenemos ninguna duda).

Si revisamos el apartado de *trastornos somatomorfos de las clasificaciones psiquiátricas internacionales*, observamos que hay otro trastorno somatomorfo cuyos criterios encajan con gran perfección con las características de este brote. Nos referimos a la hipocondría. Es más: si se revisan tales criterios y se comparan con los de los otros 2 trastornos psiquiátricos apuntados, podemos llegar a la conclusión de que es el cuadro que más encaja con la fenomenología del presente brote^{2,28} (tabla 6).

Ello nos ha llevado a pensar que, en la conceptualización de los «brotes de

TABLA 8. Principios para la atención a los trastornos somatomorfolos epidémicos, variedad hipocondríforme

Prevención primaria

Prevención de la anomia con la integración social, política y cultural

Mejorar la comunicación grupal

Y las posibilidades de autoidentificación individual y grupal

Mejoras en la integración grupal y en la red social

Disminuir las ansiedades persecutorias en los grupos predisponentes

Atención sanitaria accesible, pero evitando en lo posible los habituales sesgos biologistas o heteronomizantes.

(En poblaciones con acumulación de riesgo psicosocial, son elementos casi indispensables los «grupos tipo Balint» u otros sistemas de ayuda a la elaboración de la ansiedad de los profesionales.)

Prevención secundaria

Simultanear la exploración de lo orgánico con la atención a lo psicológico (no sólo «descartar lo orgánico», sino «encartar lo psicológico»)

Procurar desdramatizar

Disminuir las ansiedades persecutorias si ello es posible: no engañar a los afectados, ni desvalorizar o ridiculizar sus quejas; no ocultar las acciones y exploraciones, así como los resultados; intentar que los afectados y la población participen en las actividades de intervención y control...

Delimitar y atender a los «casos». Especialmente, atender a sus preocupaciones o convicciones sobre la enfermedad

No intentar la sugestión, a diferencia de lo que planteábamos para los TCE: puede ser vivida como un intento de engañar y ocultar la importancia de «la epidemia»

Atender e intentar integrar en las medidas a los líderes de contención desde el primer momento

Disminuir en la medida de lo posible la acción: reflexionar, integrar, comunicar...

Ayudar a la organización e integración

Con sesiones de reflexión
Y/o de rol playing
Y/o de dibujo o juego (en niños)

} En grupos pequeños

Pero con calma: no caer en las continuas discusiones que los afectados nos proponen, sino ir aportando una y otra vez información: la mínima necesaria y sin variaciones o dudas (en lo posible, las dudas deben ser resueltas por los profesionales que intervienen antes de comunicarlas)

Prevención terciaria

Evitar marginaciones (disociación-proyección)

Evitar el «etiquetado» como «marginados», «enfermos mentales», «equivocados», etc.

Facilitar las vías expresivas, que se hable del suceso

Sesiones de grupo y con los líderes naturales y/o profesionales

Trabajos de dibujo, psicomotricidad, rol playing dentro del encuadre habitual del grupo social

histeria», «epidemias sociogénicas de masas» o «epidemias de trastorno conversivo», probablemente se ha incurrido en un error conceptual de entrada al calificar como histeria –y, en consecuencia, banalizar– fenómenos más amplios, complejos y abigarrados. Uno de nosotros (JLT) lleva años insistiendo sobre la importancia sanitaria y personal de la vivencia del cuerpo. Y tanto en psicología como en psicopatología (véase, por ejemplo, citas 28, 29 y 35). Al igual que en la psicopatología individual, el cuerpo y la vivencia del cuerpo es siempre uno de los elementos de cada trastorno mental. Se considera el más demostrativo de los criterios en el caso de los trastornos somatomorfolos, que se expresan fundamentalmente a través del cuerpo, usándolo como análogo. Pero hay otras formas de utilizar

el cuerpo en la psicopatología, que hemos designado como el cuerpo dramático, el cuerpo evacuativo y el cuerpo vivido como perseguidor^{28,35}. Por tanto, en la psico(pato)logía social, en la psicología social, y en consecuencia, en la epidemiología clínica, tal vez debiéramos ser consecuentes con estas realidades y entender que también en psico(pato)logía social el cuerpo es utilizado de muy diversas formas. En la tabla 7 presentamos una serie de cuadros de «histeria de masas» habitualmente mencionados en la bibliografía tanto epidemiológica como psiquiátrica. Desde nuestra perspectiva actual, tal vez deberían entenderse como cuadros o síndromes psicosociales con expresión fundamental a través del cuerpo, somatomorfolos. Creemos que este punto de vista:

1. Permite una conceptualización más estricta y operativa de los mismos.
2. Sin el reduccionismo a la histeria que otras conceptualizaciones implican, probablemente influido, como en los casos de la calificación de «histérico/a» en la vida social, por una tendencia a despreciar/banalizar ese tipo de problemas.
3. Permite trabajar en la teoría, en la clínica y en la investigación con una perspectiva más amplia de las manifestaciones de la vivencia del cuerpo la psicopatología.
4. Permite una mayor colaboración entre clínicos, epidemiólogos, sociólogos y antropólogos: probablemente cada cultura poseerá unas formas y un hincapié específico en el uso del cuerpo para la relación. Probablemente sólo algunos de tales usos

pueden ser calificados de «psicopatológicos». Eso permitiría entender cómo determinadas culturas, etnias y pueblos llamados «primitivos», o «del sur», tal vez tengan una mayor tendencia a la expresión del sufrimiento psicológico y social a través del cuerpo que las culturas del norte tecnológicamente desarrollado del planeta⁴¹⁻⁴³.

5. Con lo que podríamos tal vez entender mejor el porqué de tales manifestaciones, incluso las «psicopatológicas» –e incluso de las más llamativas o abigarradas de las mismas–. Tenderán a expresarse en las transiciones psicosociales y tenderán a desaparecer sin dejar huellas en la mayor parte de los individuos que las manifiestan: en realidad, son formas sociales de comunicación. Incluso puede que, en algunos casos, se trate de formas «psicopatológicas» de comunicación social. Pero discriminan poco la psicopatología de cada uno de los individuos involucrados en el brote.

6. Si pueden diferenciarse las diversas variedades de trastorno somatomorfo epidémico, ello tal vez permita un abordaje diferenciado a las mismas. Un ejemplo de tal abordaje diferenciado se muestra en la **tabla 8**, en la cual presentamos una adaptación de nuestra tabla para la atención a los trastornos conversivos epidémicos, pero dirigida en este caso a la atención primaria, secundaria y terciaria de lo que tal vez podríamos llamar *variedad hipocondriiforme de los trastornos somatomorfos epidémicos*.

Seguramente esa tendencia disociativa y peyorativa de la comunidad científica empirista respecto a estas manifestaciones psicosociales ha influido de forma determinante en el bajo grado de conceptualización de las mismas. La gran carga «peyorativa», despectiva, y las defensas proyectivas y disociativas consecuentes, dificultan el conocimiento de estos fenómenos^{28,36-38}. Y sin embargo aca-rrean a menudo importantes sufrimientos a individuos y poblaciones, además de consecuencias sociosanitarias negativas y gastos innecesarios, en ocasiones de gran trascendencia, como ilustramos en nuestros trabajos anteriores sobre el tema^{3,4}. Y como, por cierto, ilustra el hecho de que la «epidemia de escabiosis» de este caso lleva siendo diagnosticada y tratada más de 6 meses. Como describimos en esos otros trabajos,

tales cuadros, si bien no suelen poseer repercusiones biológicas directas, sí pueden favorecer la iatrogenia. Además, suelen conllevar posteriormente importantes reacciones de rechazo en los grupos sociales cercanos a los afectados. Pues bien: al menos parte de esas consecuencias y sufrimientos posiblemente serían evitadas con una mayor aceptación y reconocimiento de los mismos. En el brote presentado, el rechazo se puso de manifiesto por la aceptación-aparición de diagnósticos erróneos de escabiosis al saberse la procedencia de la población, así como por la negativa de 2 escuelas de adultos a recibir durante días a los alumnos procedentes de la barriada.

En nuestra experiencia, en una ciudad como Barcelona, a pesar de la universalización de la atención sanitaria primaria, de la atención primaria a la salud, anualmente se comunican 1-2 brotes de histeria colectiva. Habitualmente van asociados a otros brotes de enfermedades infecciosas (enfermedad meningocócica, giardiasis y hepatitis A, entre otras). Normalmente suelen controlarse con las intervenciones orientadas a la especie morbosa que los propicia³⁶⁻³⁹. En nuestra experiencia, en la última década sólo en dos ocasiones estos brotes no se han asociado con la presencia de situaciones médico-biológicas epidémicas, pasando a constituir por sí mismos motivo de investigación y de la puesta en marcha de medidas de control específicas de los trastornos somatomorfos epidémicos^{3,4,6,9,20}. En esta ocasión, las medidas de control propuestas eran tan sencillas como propiciar entre la población y los profesionales la no aceptación de que se trataba de escabiosis. Otra cosa es «lidiar» con la ansiedad persecutoria y las fantasías conscientes e inconscientes de enfermedad, apoyadas en la fantasía más o menos subliminal, pero poderosa, de ser marginados, engañados y maltratados por la sociedad «pudiente». Probablemente, es uno de los criterios para pensar, en casos similares, en la «variedad hipocondriiforme» de las mismas.

Como conclusión, cabe destacar la idea de que los brotes de *histeria colectiva* (en nuestra terminología, *trastornos somatomorfos epidémicos*) seguirán existiendo en el siglo XXI, tanto en los países tecnológicamente desarrollados como en los que no lo son, a pesar de las trasformaciones

sociales que se han producido. Lo que ha cambiado de ellos es la forma de manifestarse. Tal vez es hora ya de cambiar también –¡qué menos!– nuestra actitud ante los mismos y el punto de vista teórico con el cual los estudiamos. Posiblemente ese cambio de perspectiva podría mejorar nuestra comprensión de tales manifestaciones biopsicosociales y la efectividad y adecuación de las medidas de atención a las poblaciones afectadas.

Bibliografía

1. Goodman RA, Buehler JW, Koplan JP. The epidemiologic fiel investigation: science and judgement health practice. Am J Epidemiol 1990; 132: 9-16.
2. American Psychiatric Asociation. DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
3. Tizón JL, Pañella H, Maldonado R, Sanz M, Cortina C, Bellver V. A propósito de un brote de trastorno conversivo epidémico. Aten Primaria 1996; 18: 511-524.
4. Tizón JL, Pañella H. En el centenario de los «Estudios sobre la histeria»: un servicio de epidemiología atendiendo a un brote de histeria colectiva. Informaciones Psiquiátricas 1998; 150-151: 9-37.
5. Small GW, Nicholi AM. Mass hysteria among schoolchildren. Early loss as a predisposing factor. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 721-724.
6. Sirois F. Epidemic hysteria. Acta Psychiatr Scandinavica 1974; 252 (Supl): 7-47.
7. Anónimo. Mass sociogenic illness in a day-care center-Florida. MMWR 1990; 39: 301-304.
8. Desenclos R, Gardner M, Horau M. Mass sociogenic illness in a youth center. Rev Epidem Santé Publ 1992; 40: 201-208.
9. Levine RJ. Mass hysteria. Diagnosis and treatment in the emergency room. Arch Med Inter Santé Publ 1984; 144: 1945-1946.
10. Polk LD. Mass hysteria in an elementary school. Cl Pediatrics 1974; 13: 1013-1014.
11. Ebraim GJ. Mass hysteria in schol children. Notes on three outbreaks in East Africa. Clin Pediatr 1968; 7: 437-438.
12. Moffatt MEK. Epidemia de histeria en una estación de tren de Montreal. Pediatrics 1982; 14: 88-89.
13. Mohr PD, Bond MJ. A chronic epidemic of hysterical blackouts in a comprehensive school. Br Med J 1982; 284: 961-962.
14. Philen RM, Kilbourne EM, McKinley TW, Gibson R. Mass sociogenic illness by proxy: parenterally reported epidemic in a elementary school. Lancet 1989; 9: 1372-1376.

15. Small GW, Propper MW, Randolph ET, Eth S. Mass hysteria among students performers: social relationship as a symptom predictor. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1200-1205.
16. Smith HCT, Eastham EJ. Outbreak of abdominal pain. *The Lancet* 1973; 27: 956-960.
17. Taylor BW, Werbicki JE. Pseudodisaster: a case of mass hysteria involving 19 schoolchildren. *Pediatric Emergency Care* 1993; 9: 216-217.
18. Lyons HA, Potter PE. Communicated hysteria -an episode in a secondary school. *J Irish Med Ass* 1970; 63: 377-379.
19. Goh KT. Epidemiological enquiries into a school outbreak of an unusual illness. *International Journal of Epidemiology* 1987; 16: 265-270.
20. Ruiz MT, Pascual E, López JM. Histeria colectiva en un colegio público de Enseñanza General Básica: análisis de un brote epidémico. *Med Clin (Barc)* 1988; 91: 535-537.
21. Moss PD, McEvedy CP. An epidemic of overbreathing among schoolgirls. *Br Med J* 1996; 2: 1295-1300.
22. McEvedy CP, Beard AW. Royal free epidemic of 1955: a reconsideration. *Br Med J* 1970; 1: 7-11.
23. Modan B, Tirosh M, Weissenberg E, Acker C, Swartz TA, Costin C et al. The Arjennyattah epidemic. *Lancet* 1983; 31: 1472-1474.
24. Hall W, Morrow L. Repetition strain in jury: an australian epidemic of upper limb pain. *Soc Sci Med* 1988; 27: 645-649.
25. OMS-WHO. Health conditions of the Arab population in the occupied Arabia territories, including Palestine. *Trabajos de la 360 Asamblea de la OMS, item 32*. Ginebra: OMS, 1983 (polic).
26. Gili M, Canela J, Martínez J. La investigación de una epidemia. *Enf Infec Microbiol Clin* 1991; 9: 69-77.
27. Pereira MG, Armenian HK. Use of the case-control method in outbreak investigations. *Am J Epidemiol* 1991; 133: 748-752.
28. Tizón JL. Modelos psicoanalíticos para la hipocondría. *Arch Neurobiol* 1999; 62: 99-123.
29. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica (5.ª ed.). Barcelona: Biblaria, 1996.
30. Tizón JL. Los «grupos de reflexión» en la atención primaria de salud (I): su origen. (II): algunos elementos teóricos y técnicos. *Aten Primaria* 1993; 6: 309-314 y 7: 361-367.
31. Tizón JL. Una perspectiva de los «grupos Balint»: los grupos de reflexión. *Rev de la Asoc Psicoanalítica de Madrid* 1993; 18: 37-63.
32. Tizón JL, director. *Migraciones y salud mental*. Barcelona: PPU 1993.
33. Durkheim E. *El suicidio*. Barcelona: Paidós, 1965.
34. Szasz TH. *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu, 1973.
35. Tizón JL. Cuidado del cuerpo, cuidado de la mente: la difícil integración de servicios y vencidas. En: ACPAPSM: *Primeres Jornades de l'Associació Catalana de Professionals d'Assistència Pública en Salut Mental*. Barcelona: ACPAPSM, 1994; 21-57.
36. Peiró EF, Yáñez JL, Carramiñana I, Ruillan JV, Castell J. Estudio de un brote de histeria después de la vacunación de la hepatitis B. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 1-3.
37. Rdojanovic A. On the origin of mass caualty incident in Kosovo, Yugoslavia. *Eur J Epidemiol* 1996; 12: 101-113.
38. Valdés M. El brote histérico epidémico. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 20-21.
39. Krug SE. Mass illness at an intermediate school: toxic fumes or epidemic hysteria? *Pediatr Emergency Care* 1992; 8: 280-282.
40. Broden AR, Myers WA. Hypochondriacal symptoms as derivatives of unconscious fantasies of being beaten o tortured. *J Amer Psycho-Anal Assoc* 1981; 29 (3): 535-557.
41. Ellenberger HF. *Aspectes ethno-psychiatriques de l'Hystérie*. Confrontations Psychiatriques 1968; 1: 131-147.
42. González-Fernández E. *Cultura e saúde mental*. Santiago: Xunta de Galicia, 1994.
43. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med* 1998; 60: 420-430.