Descargado el: 24-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Enfermedad psicógena masiva. Reporte de tres episodios no recientes

Massive Psychogenic Disease. A report of three not recent episodes

Alfredo Darío Espinosa Brito[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Espinosa-Brito A. Enfermedad psicógena masiva. Reporte de tres episodios no recientes. **Medisur** [revista en Internet]. 2018 [citado 2026 Nov 24]; 16(6):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4216

Resumen

Episodios de enfermedad psicógena masiva han ocurrido en entornos sociales diferentes, en todo el mundo, a lo largo de la historia de la humanidad. Cada vez los profesionales de la salud participan más en su atención y solución. Este trabajo presenta tres “casos” catalogados como tales, que el autor tuvo la oportunidad de asistir. Se realizan comentarios en cada uno de ellos y se actualizan conceptos sobre esta condición, que se expresa por los más variados síntomas en un grupo de personas ante un estrés intenso por supuestas amenazas, aunque no exista una razón física o ambiental para que se enfermen. Genera marcada tensión tanto en pacientes como en facultativos y en el público. Los médicos, y el personal sanitario en general, deben estar preparados para su adecuado diagnóstico y conducta a seguir.

Palabras clave: trastorno de personalidad histriónica

Abstract

Episodes of massive psychogenic disease have occurred in different social contexts, worldwide, throughout history. Every time health professionals participate more in their attention and solution. This work presents three ¨cases¨ classified as such, which the author had the opportunity to attend. There are, in this work comments, about each of them and concepts about this condition are updated; which is expressed by the most varied symptoms in a group of people facing intense stress due to supposed threatening even though there is no physical or environmental reason to get sick. It generates a marked tension in patients and doctors so as in the general public. Doctors and sanitary personnel should be prepared for its adequate diagnosis and conduct to follow.

Key words: histrionic personality disorder

Aprobado: 2018-12-11 08:25:06

Correspondencia: Alfredo Darío Espinosa Brito. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. alfredo_espinosa@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La que actualmente se reconoce como enfermedad psicógena masiva (o de masas) (EPM, por sus siglas en español y MPI, por sus siglas en inglés),[1] enfermedad sociogénica masiva,[2,3] o histeria colectiva o de masas,[4] se caracteriza por la aparición de síntomas y signos polimorfos en un grupo cohesionado de personas sometidas a determinado estrés, que se propagan rápidamente a sus miembros, los cuales comienzan a sentirse enfermos al mismo tiempo, aunque no exista una razón física o ambiental para que ello ocurra.

Episodios de respuestas psicogénicas masivas han ocurrido a través de la historia de la humanidad y en todos los grupos poblacionales, generalmente desencadenados por rumores o suposición de amenazas vitales. Han sucedido en todo el mundo y en muchos entornos sociales diferentes. En la gran mayoría de las oportunidades, los médicos no habían participado en su atención. Sin embargo, en los últimos tiempos, la intervención de los profesionales de la salud, en estos casos, ha sido cada vez mucho más directa. En la actualidad se espera que, sobre todo, debido a las crecientes amenazas de terrorismo y de agresiones biológicas en el mundo–con el temor que ellas provocan- se incremente la vulnerabilidad de las sociedades a epidemias de tales eventos[4] y, por tanto, se necesite que los médicos, y el personal sanitario en general, estén preparados para su adecuado diagnóstico y conducta a seguir.

Como elemento adicional de interés para los cubanos, esta condición ha sido invocada como una posibilidad que no puede descartarse en la aparición de sucesos recientes en nuestro país con personal diplomático extranjero, lo que ha motivado polémicas y consecuencias políticas inconcebibles en torno a posibles “ataques sónicos”, no demostrados, en el territorio nacional.[5-16] Esa es otra razón para abundar sobre este tema en el presente.

Por otra parte, la gran mayoría de los médicos, ha sido educada en una tradición clínica que recomienda que ante casos de diagnóstico “complejo”, “enmarañado” o “atípico”, siempre se debe descartar ante todo su “origen orgánico” y solo después de agotar todas las posibilidades, atribuir el origen psicológico a un cuadro clínico que incluso -para contribuir más a la confusión-, puede tener también, en ocasiones, repercusiones orgánicas evidenciables,[17] independientemente de su origen psicógeno, confirmando así la estrecha unión mente-cuerpo.

Hace un par de años abogaba por los beneficios de las presentaciones de casos clínicos detallados en las publicaciones médicas, aun en medio de una nueva época donde se han producido tantas transformaciones.[18] Cuando estas comunicaciones se refieren a casos de diagnóstico difícil, o “raros”, estos despiertan un interés especial, casi detectivesco y se convierten en situaciones atrayentes, que generan discusiones diagnósticas y terapéuticas colectivas, múltiples consultas, en aras de obtener resultados satisfactorios, tanto para pacientes como para los prestadores de servicios.[19]

Anteriormente no se nos hubiera ocurrido publicar las experiencias de los casos que aquí se presentan –en los que el autor participó directamente en su asistencia-, pues acontecieron hace mucho tiempo ya. Tal como le ha sucedido a otros tantos colegas cubanos que ejercieron en esa época, entonces no existía el hábito de dejar documentados, para su diseminación posterior, diversos eventos de la práctica clínica, como en este caso, caracterizados por su rareza entre nosotros y su repercusión social. Así, que todo quedó hasta ahora en el terreno de lo anecdótico, a través de comentarios orales e intercambios con colegas y estudiantes de entonces, tradición tan afín a los médicos cubanos, la clásica transmisión personal de maestro a aprendiz, valiosa para la formación individual, pero poco eficiente para la socialización de conocimientos. Por otro lado, ha llamado la atención la baja frecuencia de este tipo de eventos entre nosotros, al punto que no conocemos de otros sucesos parecidos en Cienfuegos en más de cinco décadas de ejercicio profesional en esta región, ni hemos encontrado reportes disponibles publicados de casos similares en el país, que hayan requerido de asistencia médica directa. Weir ha expresado que esta situación ocurre con mayor frecuencia de lo que se reporta habitualmente.[3]

Con los riesgos de los posibles sesgos de memoria, sobre todo por el tiempo transcurrido, y motivado por la aparición de nuevas consideraciones -y condiciones ya referidas- relacionadas con la enfermedad psicógena masiva, el propósito de esta comunicación es, por tanto, relatar la experiencia de tres casos de diferentes grupos de personas, que tuvieron manifestaciones simultáneas, poco comunes, a las que se les atribuyeron un origen psicógeno y

actualizar conceptos sobre esta condición.

REPORTE DE CASOS

Caso No. 1. Episodio de enfermedad psicógena masiva o histeria colectiva "aguda" en Aguada de Pasajeros. Falsa intoxicación por organofosforados.

Ocurrió a fines de la década de los 60 del pasado siglo, cuando el que escribe, después de finalizar el Servicio Médico Rural, había comenzado a trabajar en el Hospital Héroes de Playa Girón, cuyo director era el Dr. Serafín Ruiz de Zárate. Una mañana se recibió en el hospital una llamada telefónica urgente, con detalles algo confusos, donde informaban que en un terreno de cultivo, cerca de Aguada de Pasajeros, donde hacía trabajo voluntario un grupo de mujeres jóvenes movilizadas en la agricultura, un avioncito de los que se utilizaban para fumigar los campos, había sobrevolado y se rumoraba que había regado "paration" (organofosforado utilizado en ese entonces como plaguicida en la agricultura) por error (luego se demostró que no había tal) y que había llegado al Hospital Municipal de Aguada un grupo de dichas mujeres, con "pérdida de conocimiento" y "convulsiones". Que había gran alarma en el pueblo, gran cantidad de personas se aglomeraban muy preocupadas alrededor del hospital, en fin, un suceso local.

El Dr. Ruiz de Zárate llamó a la dirección, al Dr. Manuel Romero Martínez de Villa, cirujano del centro y a mí como clínico, para que fuéramos urgentemente a Aguada a explorar la situación con el objetivo de decidir la conducta final a tomar (si traslado o no de los casos a Cienfuegos). Cuando llegamos a Aguada, el gentío existente nos sobrecogió un poco. Los médicos de la localidad les habían indicado a las pacientes grandes dosis de atropina (lo indicado para la intoxicación que se sospechaba, ante los antecedentes que les refirieron), como medida más bien profiláctica que terapéutica, pues manifestaron que no habían comprobado en ellas los signos clínicos de intoxicación por organofosforados.

Al examinar a las pacientes –unas 15 a 20-, ingresadas en las salas del hospitalito, en compañía de los médicos del centro, la impresión fue, desde el inicio, que estábamos ante un caso de histeria colectiva, impresión avalada por las características que fueron relatadas con mejores detalles y que confirmaba la actitud de las pacientes –actitud que incluso había "contaminado" indirectamente no solo a los médicos, sino al resto de los trabajadores de la institución, todos muy excitados y tensos- a lo cual se añadía que nunca existieron signos de intoxicación por organofosforados, los cuales son muy típicos, en casos de existir. Por el contrario, se constataron rubicundez, sequedad de mucosas, midriasis pupilar, agitación psicomotora, etc., todos signos secundarios a la administración de atropina.

Las pacientes quedaron ingresadas en observación en dicho centro, con hidratación abundante. Le fue suspendida la administración de atropina y se mantuvieron varias horas siendo observadas. Nos encargamos de seguir la evolución de las pacientes, hasta que se fueron recuperando totalmente, poco a poco y se dieron de alta sin secuelas.

Caso No. 2. Episodio de enfermedad psicógena masiva o histeria colectiva "aguda" en el Cuerpo de Guardia del Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Reacción posvacunal.

La segunda experiencia de histeria colectiva "aguda" ocurrió muchos años después, en la década de los 80 también del siglo pasado. Estaba, el autor, una tarde de clínico, jefe de la guardia del Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima y llegó al Cuerpo de Guardia un camión de las Fuerzas Armadas con un grupo de unos 10 a 15 reclutas recién alistados, a los que habían administrado la vacuna antitífica minutos antes, como parte de las acciones preventivas del chequeo médico inicial llevado a cabo en una unidad militar situada en el Aeropuerto de Cienfuegos, a unos 10 minutos de distancia del hospital (en carro).

Según refirieron, uno de los reclutas comenzó a decir que se sentía mal, a gritar, a tratar de quitarse la ropa, cayó al suelo, comenzó a decir que la vacuna tenía un tóxico, a "perder el conocimiento", e inmediatamente otros compañeros presentaron síntomas similares. Los militares responsables los montaron a todos en un camión y los condujeron al hospital, a toda velocidad, con gran algarabía. Igual que en el caso anterior, es imaginable la confusión que se creó en las áreas aledañas y en el propio local del Departamento de Urgencias. Afortunadamente se pudo aislar y fijar a los pacientes, cada uno en una camilla, en un área amplia y, después de descartar clínicamente, de

modo rápido, otras posibilidades, se planteó el diagnóstico de histeria colectiva. En esta ocasión tuvimos el auxilio, además de los compañeros médicos, enfermeros y trabajadores del equipo de la guardia -en especial del Dr. Gustavo del Sol Padrón-, del Dr. Luis García Ferreiro, psiquiatra bien calificado, también de guardia, al que se solicitaron sus servicios y refirió que nunca había visto nada igual.

La situación quedó resuelta cuando los psiquiatras aplicaron estímulos eléctricos de baja intensidad a cada recluta y todos se fueron recuperando inmediatamente y regresaron poco tiempo después, de alta y sin problemas a su unidad.

Al igual que en el primer caso, no se constataron secuelas inmediatas. Este episodio fue de gran aprendizaje para todos los que estuvimos involucrados en él, pues una cosa es leer, conocer de la posibilidad de esta situación y otra, vivirla.

Caso No. 3. El sapito (síndrome de distensión abdominal). Episodio de enfermedad psicógena masiva o histeria colectiva en escuelas secundarias en áreas rurales (en el campo) con internamiento.

A fines de la década de los años 70 del pasado siglo -finales de 1978 e inicios de 1979-, se presentó en un grupo de Escuelas Secundarias Básicas en el Campo (ESBEC) con régimen rígido y estricto de internado, una "epidemia" de un "síndrome" que se manifestaba solo en alumnas adolescentes. Se presentaba con aumento de volumen del abdomen, sobre todo en su parte inferior, que llegaba incluso a impedir que se abrocharan adecuadamente el short-falda del uniforme –lo que algunos denominaron luego "signo del tercer botón"-, por lo que se tenían que vestir con la blusa "por fuera". Este cuadro duraba hasta dos o tres semanas, con buen estado general. Luego de varios días la distensión abdominal desaparecía espontáneamente en las afectadas, casi de manera simultánea.

Se desconocía el diagnóstico, pues no había causa evidente por más investigaciones clínicas y exámenes complementarios que se realizaban. En nuestra provincia los casos se localizaron en escuelas del municipio de Cumanayagua. Fui llamado como clínico, junto al Dr. Felipe Delgado Bustillo, como epidemiólogo, para visitar las escuelas y explorar en el terreno la situación.

Las muchachas referían en las entrevistas, además, disímiles síntomas generales, vagos, en variada proporción, como mareos, astenia, algunos trastornos menstruales, pero todas conservaban buen estado general. En algunas escuelas se estableció hasta la medición diaria de la circunferencia abdominal. Un diagnóstico a eliminar era el embarazo oculto, por las lógicas implicaciones que esto tenía, lo que fácilmente se descartaba por el examen físico abdominal (es bueno recordar que en este tiempo aún no se disponía de la ecografía abdominal en nuestro país y en las radiografías de abdomen simple realizadas solo se constataba un patrón de aumento difuso e inespecífico de los gases intestinales).

Después de varias visitas, de interrogatorios y exámenes minuciosos y repetidos que se realizaron, no se encontraron razones que justificaran el cuadro. No se suspendieron las clases ni otras actividades, salvo las labores agrícolas en el campo que realizaban habitualmente las estudiantes. En pleno apogeo de la "epidemia", cada vez que llegábamos a las escuelas nos informaban de la aparición de nuevos casos, con la lógica tensión y repercusión "ante lo desconocido", tanto para los responsables de esos lugares, como para las estudiantes y los familiares. La sospecha de histeria colectiva se manejó como planteamiento principal, aunque con mucha cautela, dada la lógica duda ante la remota posibilidad de la aparición de una nueva afección de causa orgánica, incluso introducida deliberadamente, pues fue una época donde había motivos suficientes para tener presente esa posibilidad, por el precedente de la introducción deliberada en el país de agentes microbiológicos en agresiones que ocasionaron epidemias en plantaciones, animales y luego en humanos.[20]

En otras regiones también afectadas –porque el "brote" abarcó varias provincias, en especial las del centro y occidente- se hicieron también investigaciones con los mismos resultados negativos. Se indicaron empíricamente, en algunos lugares, dietas lo más "saludable" posible, debido a una serie de conjeturas que se hicieron por algunos profesores llamados en consulta, sobre la generación de producción excesiva de gases intestinales debido a la poca variación de la alimentación de las escolares. Otra de las "ventajas" que disfrutaban las "afectadas" era la suspensión temporal de las labores en el campo, propias de este tipo de escuelas.

Finalmente, una comisión designada por el Gobierno central de país, compuesta por psiquiatras, clínicos, sociólogos, pedagogos, especialistas en ciencias sociales, más otro grupo de asesores nacionales e internacionales (los más involucrados fueron los soviéticos, del campo de Salud Escolar), después de realizar, a una muestra representativa de muchachas de todos los territorios afectados, estudios de laboratorio "más avanzados" para la época en Cuba, incluidos varios tipos de biopsias y análisis de líquido cefalorraquídeo, llegaron a la conclusión del origen socio-psico-somático de este "síndrome" y atribuyeron como factor desencadenante principal del cuadro, el estrés provocado por la separación súbita de las muchachas afectadas de sus familias, por la internación rígida como becadas en las escuelas en áreas rurales, a edades muy vulnerables para esos cambios (entonces novedosos) y el sistema de estudio-trabajo, con gran masividad, de ese tipo de escuelas. Opinaron que luego las manifestaciones referidas se fueron "contaminando" de las afectadas a otras en el mismo sitio y, por rumores, de un lugar a otro –en ambos casos con un efecto tipo dominó-, en medio del lógico temor a lo desconocido.

Todas las jóvenes involucradas en el "mal del sapito" se restablecieron progresivamente –muchas de modo simultáneo- sin dejar secuelas posteriores, al menos que sepamos, cuando la tensión mermó y se recobró un clima de tranquilidad (al iniciarse el curso escolar 1979-1980 ya se podía decir que no había casi casos). Ellas tienen hoy algo más de 50 años. Así, este episodio terminó abruptamente y sin consecuencias inmediatas, aunque desconocemos los detalles del informe final oficial de lo ocurrido, que se manejó con mucha discreción. Lo relatado se basa en las vivencias de varios de los que fuimos actores de esos acontecimientos.

DISCUSIÓN

En los casos aquí reportados, se pone de manifiesto la importancia clave del método clínico, en primer lugar para precisar los antecedentes del suceso que desencadenó el cuadro, tanto en la presunción de un factor "disparador", como del contexto alrededor del grupo afectado, así como contar con las habilidades necesarias para un examen físico que a la vez debe ser rápido y lo más completo posible.

La indicación de exámenes complementarios, cuando se estimen necesarios, es una etapa que debe ser racionalmente conducida, a partir de una hipótesis presuntiva bien fundamentada y no una estrategia de "perdigonazos", que puede generar demoras y ansiedades innecesarias, ser poco eficiente y provocar nuevas y lógicas presiones externas, a las que se someten los que se encuentran involucrados en la atención de estas personas.

Como ya apuntamos, los médicos se entrenan para investigar causas orgánicas de las enfermedades y puede ser muy difícil que resistan la presión de realizar cada vez exámenes más complejos en busca de diagnósticos raros, particularmente en medio de la alarma pública que con frecuencia generan estos brotes. Sin embargo, ordenar un gran número de complementarios puede ser problemático. El viejo adagio, "Si ordenas suficientes exámenes, alguno vendrá con resultados anormales", puede llevar a que el médico tenga que explicar un resultado anormal a pacientes que tienen síntomas, nada relacionados con ese parámetro.[1] Ya de por sí, la posibilidad de cometer errores y descartar emergencias peligrosas derivadas de la exposición real (intencional o fortuita) a tóxicos, venenos, gérmenes y cualquier otro agente externo dañino, son muy tensionantes en la mayoría de las ocasiones, como sucedía en los casos presentados.

Los casos que se reportan en este trabajo coinciden con lo descrito en la mayoría de los publicados de EPM, con un predominio franco de su presentación en pacientes jóvenes –Casos No. 2 y 3-, del sexo femenino –Casos No. 1 y 3- y de grupos sometidos a estrés –los tres casos.[1]

Al igual que en el Caso No. 2, se han descrito episodios de EPM posteriores a la vacunación masiva de personas, por supuesto de diferentes tipos, en lugares disímiles.[21,22]

Actualmente, revisitando el Caso. No. 3, consideramos que el abigarrado cuadro de distensión abdominal referido, cumple los requisitos de una EPM, del segundo tipo más común de la misma, descrito por Bartholomew y Wessley, que –a diferencia de los episodios "agudos" de ansiedad- tiene un inicio lento, los casos iniciales se pueden identificar, la propagación puede ser gradual y sus síntomas luego pueden permanecer en los pacientes incluso por meses o años. Se ha señalado

también que este tipo de EPM, casi siempre se produce por la acumulación de estrés en lugares o ambientes socialmente mal tolerados, como los internados escolares.[2,23]

Clínicamente este cuadro recordaba mucho al de la pseudociesis o embarazo psicológico, ya que, además, todas las afectadas fueron del sexo femenino; claro, en las estudiantes había otros factores psicológicos desencadenantes -el internamiento escolar en la adolescencia-, pues en la pseudociesis el *primummovens* es el deseo marcado de quedar embarazada la mujer. Es bueno recordar que por su trascendencia, la pseudociesis ha sido catalogada como una de las más angustiosas condiciones psicosomáticas para las mujeres pero, al mismo tiempo, es la única cuya etiología psicológica no admite ningún género de dudas.[24]

Bartholomew y Wessley recogieron referencias de múltiples casos sugestivos de EPM, comenzando por episodios referidos en monjas "poseídas", pertenecientes a algunos conventos europeos, así como por otros, ligados con creencias populares de brujas y demonios, entre los siglos XV y XIX. Los síntomas en estas situaciones eran predominantemente motores (disociativos, histriónicos y de agitación psicomotora) incubados en un ambiente previo de tensión. En los numerosos reportes que acopiaron a partir de 1900 predominaron los síntomas de ansiedad, desencadenados por la exposición súbita a agentes ansiogénicos y, como más comunes, olores y rumores de alimentos envenenados o de tóxicos. Señalaron que a partir de 1980, los temas de terrorismo biológico o químico se han incrementado como detonantes en los casos reportados, los que tuvieron su clímax con el ataque del 11 de Septiembre de 2001.[2]

¿Es la EPM "imaginaria"? No, es real. Las personas que están involucradas en estos brotes tienen síntomas reales de enfermedad que no son imaginarios. Se producen de manera inconsciente. Por ejemplo, realmente tienen dolores de cabeza, o ciertamente se sienten mareados. La diferencia está en que en los casos de EPM, los síntomas son causados por el estrés y la ansiedad, o por su creencia de que ha estado expuesto a algo dañino.

Los síntomas de la EPM dependen mucho de a qué enfermedad crean las personas que han estado expuestas. Las características de los brotes a menudo incluyen:[2]

- síntomas que no tienen una base orgánica plausible;
- síntomas que son transitorios y benignos;
- síntomas con inicio y recuperación rápidos;
- ocurrencia en un grupo segregado;
- la presencia de una ansiedad extraordinaria;
- síntomas que se propagan a través de la vista, el sonido o la comunicación oral;
- mayor afectación en edades más jóvenes;
- una preponderancia de mujeres en los eventos.

Además, la enfermedad puede reaparecer después del brote inicial.

El DSM-IV-TR no tiene un diagnóstico específico para esta condición, pero el texto que describe el trastorno de conversión establece que "en 'la histeria epidémica', los síntomas compartidos se desarrollan en un grupo circunscrito de personas después de la 'exposición' a un precipitante común".

Además de las dificultades comunes a todas las investigaciones relacionadas con las ciencias sociales, incluida la falta de oportunidades para experimentos controlados, EPM presenta dificultades especiales para los investigadores en este campo. Balaratnasingam y Janca informan que los métodos para "diagnosticar la histeria colectiva" siguen siendo polémicos.[4] A esto se agregan las dudas lógicas que se desprenden de declaraciones de funcionarios públicos, como Timothy Jones, del Departamento de Salud Pública de Tennessee, que plantea que la enfermedad psicogénica masiva "puede ser difícil de diferenciar del bioterrorismo, de una infección que se propague rápidamente o de la exposición tóxica aguda".[1]

Recomendaciones para la asistencia a pacientes con EPM:[1]

- Es muy importante la respuesta coordinada y oportuna de los servicios de salud de emergencia. Hay que tener en cuenta que el personal de la salud, con frecuencia, no está bien preparado para enfrentar estos cuadros que generan gran ansiedad.
- Los médicos deberían compartir con sus colegas sus experiencias en el diagnóstico de la EPM, así como las lecciones aprendidas, para mejorar la actuación ante este tipo de episodios en el futuro.
- La comunicación con los medios debe ser manejada por un limitado número de personas

que deben informar mensajes concretos.
- Se debe notificar el evento a las autoridades sanitarias correspondientes.

En la atención directa de los pacientes:

- Intentar aislar a las personas afectadas en el evento.
- Realizar una valoración clínica rápida y,si así se considera, exámenes complementarios básicos, suficientes para excluir una enfermedad aguda de gravedad.
- Minimizar el uso de procederes médicos innecesarios, acceso solo al personal de emergencia y evitar personas ajenas que puedan estimular situaciones que generen mayor ansiedad.
- Comunicar a los pacientes, lo más rápido posible, los resultados de los complementarios –si se hicieron- y de otras investigaciones.
- Mientras se mantiene la confidencialidad, explicarles que otras personas han experimentado síntomas similares y se han recuperado sin complicaciones.
- Recordar a los pacientes que rumores y reportes de “causas sospechosas” no son equivalentes a resultados confirmados.
- Aceptar que son reales los síntomas que experimentan los pacientes.
- Explicar a los pacientes la contribución potencial de la ansiedad en los síntomas que presentan.
- Asegurar a los pacientes que no se esperan secuelas de la enfermedad actual que padecen.
- Afirmar, según cada caso, que las investigaciones clínicas, epidemiológicas y ambientales no han identificado causas tóxicas ni otras dañinas, que justifiquen la aparición del cuadro presentado.

Agradecimiento personal al Dr. Felipe Delgado Bustillo por sus sugerencias en la revisión de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jones TF. Mass Psychogenic Illness: Role of the Individual Physician. Am Fam Physician. 2000 ; 62 (12): 2649-53.

2. Bartholomew R, Wessley S. Protean nature of mass sociogenic illness: from possessed nuns to chemical and biological terrorism fears. Br J Psychiatry. 2002 ; 180: 300-6.

3. Weir E. Mass sociogenic illness. Canad Med Ass J. 2005 ; 172 (1): 36.

4. Balaratnasingam S, Janca A. Mass hysteria revisited. Editorial Review. Curr Opin Psychiatry. 2006 ; 19: 171-4.

5. Muth CC, Lewis SL. Neurological symptoms among US diplomats in Cuba. JAMA. 2018 ; 319 (11): 1098-1100.

6. Rubin R. More questions raised by concussion-like symptoms found in US diplomats who served in Havana. JAMA. 2018 ; 319 (11): 1079-81.

7. Swanson RL, Hampton S, Green-McKenzie J, Diaz-Arrastia R, Grady MS, Verma R, et al. Neurological manifestations among US government personnel reporting directional audible and sensory phenomena in Havana, Cuba. JAMA. 2018 ; 319 (11): 1125-33.

8. Bartholomew R. Politics, scapegoating and mass psychogenic illness: claims of an ‘acoustical attack’ in Cuba are unsound. J R Soc Med. 2017 Dic ; 110 (12): 474-5.

9. Bartholomew R, Zaldívar D. Chasing ghosts in Cuba: Is mass psychogenic illness masquerading as an acoustical attack?. International Journal of Social Psychiatry. 2018 ; 64 (5): 413-6.

10. Della Sala S, Cubelli R. Alleged “sonic attack” supported by poor neuropsychology. Cortex. 2018 ; 103: 387-88.

11. Della Sala S, McIntosh RD. Cognitive impairments that everybody has. J Neurol. 2018 Jul ; 265 (7): 1706-7.

12. Bartholomew RE. Neurological Symptoms in US Government Personnel in Cuba [Letter]. JAMA. 2018 ; 320 (6): 602.

13. Stone J, Popkirov S, Carson SJ. Neurological Symptoms in US Government Personnel in Cuba [Letter]. JAMA. 2018 ; 320 (6): 602-3.

14. Shura RD, Kacmarski JA, Miskey HM. Neurological Symptoms in US Government Personnel in Cuba [Letter]. JAMA. 2018 ; 320 (6): 603.

15. Gianoli GJ, Soileau JS, Wackym PA.

Neurological Symptoms in US Government Personnel in Cuba [Letter]. JAMA. 2018 ; 320 (6): 603-4.

16. Hampton S, Swanson RL, Smith DH. Neurological Symptoms in US Government Personnel in Cuba. In Reply. JAMA. 2018 ; 320 (6): 604-5.

17. Espinosa A, Figueiras B, Mendilahaxon JB, Espinosa AA. Síndrome de Munchausen. Un reto para el clínico. Rev Cubana Med. 2000 ; 39 (4): 228-37.

18. Espinosa Brito A. A propósito de la presentación y discusión de casos clínicos. Rev Cubana Medicina [revista en Internet]. 2016 [cited 20 Jul 2016] ; 55 (2): [aprox. 10p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol55_2_16/med09216.htm.

19. Espinosa-Brito A. El síndrome NSLQT. Medisur [revista en Internet]. 2016 [cited 29 Jun 2018] ; 14 (3): [aprox. 6p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3294.

20. Guzmán MG, Deubel V, Pelegrino JL, Rosario D, Marrero M, Sariol C, Kourí G. Partial nucleotide and amino acid sequences of the envelope and the envelope/non structural protein-1 gene junction of four dengue-2 virus strains isolated during the 1981 Cuban epidemic. Am J Trop Med Hyg. 1995 ; 52 (3): 241-6.

21. Kharabsheh S, Al-Otoum H, Clements J, Abbas A, Khuri-Bulos N, Belbesi A, Gaafar T, Dellepiane N. Mass psychogenic illness following tetanus-diphtheria toxoid vaccination in Jordan. Bull World Health Organ. 2001 ; 79 (8): 764-70.

22. Enfermedad psicógena masiva. El Pilón [revista en Internet]. 2014 Sep 4 [cited 14 Ago 2018] Available from: http://elpilon.com.co.

23. Wessely S. Mass hysteria: two syndromes?. Psychological Medicine. 1987 ; 17 (1): 109-20.

24. Guzmán A. Tratado de Obstetricia y Ginecología Psicosomáticas. 2da. ed. Caracas: Enciclopedia Salvat; 1999.