

Salud Psicológica

Los viajes internacionales son a menudo una experiencia estresante. Los viajeros se enfrentan a la separación de la familia y de los sistemas sociales de apoyo familiar, y deben hacer frente al impacto de culturas y lenguas extranjeras, así como al desasosiego de posibles amenazas desconocidas para la salud y la seguridad. Enfrentarse con altos niveles de estrés puede causar problemas físicos, sociales y psicológicos. Quienes se enfrentan a una gran variedad de factores de estrés pueden tener un riesgo mayor de problemas psicológicos. Bajo el estrés de los viajes, los trastornos mentales de base podrían exacerbarse. Además, para aquellos con una predisposición a desarrollar un trastorno mental, éste podría aparecer por primera vez durante el viaje.

Los médicos que atienden a personas en su país de origen o en el extranjero deben ser conscientes de las diferencias (dentro y entre países) en la disponibilidad de recursos de salud mental (por ejemplo, instalaciones de emergencia, personal, camas y las instalaciones de investigación, así como el tipo y la calidad de los medicamentos). Raramente habrá médicos o personal de apoyo que estén familiarizados con su cultura, y puede que no entiendan la lengua nativa del viajero por lo que pudiera ser necesario tener intérpretes. El entorno jurídico dentro del cual un clínico ejerce también puede variar ampliamente. Las leyes relacionadas con el uso de sustancias ilícitas varían considerablemente de un país a otro, y las sanciones, en alguno de ellos pueden ser bastante severas. Como consecuencia de estas diferencias en la infraestructura para la prestación de atención de salud mental y el sistema legal, la primera decisión a tomar por el médico será si la atención del viajero se podrá realizar en el país de destino o si éste requiere repatriación.

En la gestión de la protección de los trastornos mentales, los proveedores de salud deben ser conscientes – y asegurar la protección y el respeto - de los derechos de las personas con dichos trastornos, de conformidad con los pactos internacionales y leyes nacionales. Esto debería incluir información a los usuarios sobre sus derechos con respecto a su tratamiento, su estado de salud y las opciones de tratamiento, y obtener el consentimiento de todos los diagnósticos y las intervenciones de tratamiento, según proceda.

Los trastornos mentales no son raros entre los viajeros. En general, los problemas de salud mental están entre las causas principales de enfermedad en viajeros y «la emergencia psiquiátrica» es uno de los motivos médicos más comunes para la evacuación aérea, junto con las lesiones y las enfermedades cardiovasculares.

Prevención de trastornos mentales

Aunque algunos de los acontecimientos que causan el estrés no se puedan predecir; la adopción de precauciones podría reducir el stress relacionado con los viajes. Los viajeros deberían obtener la información apropiada antes de viajar (por ejemplo: la naturaleza de su viaje, modo de viajar, duración del mismo o las características del destino y las dificultades esperadas); esto les permitirá mantener la seguridad en sí mismos y enfrentarse a lo desconocido. Asimismo, les permite desarrollar estrategias

para minimizar los riesgos. La recopilación de información antes de viajar ayuda a reducir el riesgo de padecer trastornos psicológicos o agravar alguno ya existente.

Los trastornos neuropsiquiátrico (convulsiones, psicosis y encefalopatía) suceden aproximadamente 1 de 10.000 viajeros que reciben profilaxis con *mefloquina* para la malaria. A los pacientes con antecedentes de trastornos neuropsiquiátricos, como depresión, trastornos de ansiedad generalizada, convulsiones o psicosis, debería prescribíseles otra alternativa antipalúdica.

A los viajeros que tengan antecedentes de estrés o ansiedad, especialmente relacionados con los vuelos, se les deberían enseñar técnicas para afrontarlo. Las personas que tengan miedo a volar deberían ser derivadas a cursos específicos ofertados por algunas compañías aéreas, si fuera posible.

Considerando las consecuencias potenciales ante una emergencia psiquiátrica durante un viaje al extranjero, la realización de una historia clínica psiquiátrica o tratamiento debería formar parte de cualquier consulta del viajero antes del viaje. Los viajeros con una historia relevante de trastorno mental deberían recibir asesoramiento médico y psicológico. Los viajeros que estén tomando cualquier medicación psicotrópica deberán seguir tomándola durante el viaje. En algunos países es un delito llevar medicación psicotrópica (Ej: *Benzodiacepinas*) sin la receta médica. Por lo tanto es muy recomendable que los viajeros lleven un informe médico que certifique la necesidad del tratamiento o de otros artículos médicos (capítulo 1), o de ambos, así como, como su historial y copias de las recetas médicas. Idealmente, todos estos documentos deberían estar en el idioma que se entienda en el lugar de destino. Si los viajeros van a estar en el extranjero durante periodos largos de tiempo (por ejemplo: expatriados o viajeros de negocios) se les debería enseñar técnicas de autocontrol y de reducción de estrés antes de la salida o durante su estancia. Si se sospechase un uso indebido de los medicamentos, debería enfatizarse la variabilidad existente en los diversos países en cuanto a las consecuencias legales del uso indebido de dichos fármacos.

Si se adoptan las precauciones adecuadas, la mayoría de las personas afectadas por trastornos mentales cuya condición es estable y que está bajo la supervisión de un médico especialista, están capacitados para viajar al extranjero.

Trastornos mentales

Trastorno de ansiedad

Según un estudio de *Matsumoto y Goebert* en Estados Unidos, de todos los casos de urgencias médicas durante el vuelo, aproximadamente el 3,5% se clasificaron como causadas por un trastorno mental. En el 90% de los casos el diagnóstico fue un trastorno de ansiedad y en sólo el 4% de ellos un trastorno psicótico.

Fobia a volar. El miedo extremo a volar puede ser un síntoma de una fobia específica. Determinadas fobias se caracterizan por un temor intenso e invalidante hacia algo que supone un peligro mínimo o inexistente. En determinadas fobias, la intensa angustia está causada por estos síntomas o por la evitación de la situación así como por el reconocimiento de que estos sentimientos o acciones son excesivos o no razonables. Las personas con fobia a volar por lo general sienten terror o evitan volar y pueden tener

ansiedad anticipatoria cuando se enfrentan con las descripciones vívidas de los vuelos, seriamente la capacidad de una persona para ejercer determinadas profesiones o disfrutar del ocio fuera de casa. La fobia a volar puede coexistir con otras fobias específicas. Además, los medicamentos ansiolíticos o el alcohol, se utilizan a menudo para hacer frente a este temor.

La fobia a volar responde bien al tratamiento psicológico. Antes de iniciar el tratamiento, la persona puede necesitar unas nociones acerca de la tecnología y el mantenimiento de las aeronaves, el control del espacio aéreo, o de la formación de los pilotos. Las preocupaciones sobre estas cuestiones pueden hacer que cualquier persona pueda sentir miedo a posibles desastres. Un típico tratamiento de dos días se focaliza exclusivamente en identificar el grado de ansiedad y la práctica de la desensibilización. Las nuevas tecnologías de realidad virtual permiten a los médicos crear ambientes más realistas para la desensibilización ayudando en este tipo de terapia. Sin embargo, el equipo de apoyo de este tipo de terapia puede no estar disponible en la mayoría de los países. Otras técnicas que pueden ayudar a los pasajeros a superar su miedo a volar se basan en el autocontrol, la relajación y la reestructuración cognitiva. Estas técnicas pueden ser aprendidas en libros de autoayuda, de terapia cognitivo-conductual o mediante psicoterapeutas entrenados en la terapia cognitivo-conductual.

Ataques de pánico. La ansiedad que resulta lo suficientemente intensa para acudir a urgencias se ha observado con frecuencia entre los casos de urgencias psiquiátricas que ocurren en viajeros. Los ataques de pánico se caracterizan por una repentina aparición de una intensa ansiedad con signos y síntomas concomitantes de hiperactividad autonómica. Sensaciones asociadas que pueden presentarse son la falta de aire, dolor torácico, ahogo, náuseas, desrealización y el miedo a morir. Estos ataques suelen tener picos cada 10 minutos, aunque a veces son mucho más rápidos, y pueden durar 30 minutos. Pueden ocurrir como parte de un trastorno de pánico o como resultado del abuso de sustancias, como por ejemplo durante el consumo de cannabis o el síndrome de abstinencia del alcohol. Los ataques de pánico también se producen en aquellos viajeros con fobia a volar. Las personas que sufren ataques de pánico pueden sentirse más cómodas en un asiento del pasillo del avión. La aparición de ataques de pánico a menudo ocurre durante o después de períodos de estrés en la vida y estos eventos pueden estar o no relacionados con los viajes. Dado que la cafeína, ciertas drogas ilícitas e incluso algunos medicamentos para el resfriado pueden agravar los síntomas de los trastornos de ansiedad, debe evitarse que las personas que sufren ansiedad severa tomen esta clase de medicamentos.

Trastornos del humor e intentos de suicidio

Depresión. El estrés que conllevan los viajes internacionales o la residencia en el extranjero, el aislamiento de la familia y de los sistemas sociales de apoyo familiar, así como las reacciones a una cultura e idioma diferentes, puede contribuir a la depresión, al menos en las personas que son susceptibles de padecerla. Poco frecuente, pero graves problemas asociados con la depresión, son el riesgo de suicidio o la aparición de síntomas psicóticos o ambos.

La depresión se caracteriza por la persistencia de un estado depresivo o falta de interés durante varias semanas. Las personas que están deprimidas tienden a estar relativamente inactivas, anérgicas y desmotivadas. Los síntomas asociados pueden incluir dificultad para dormir, pérdida de apetito o de peso (aunque a veces sucede lo contrario),

sentimientos de inutilidad y desesperanza, ideación suicida o pensamientos de muerte y falta de concentración y de memoria. Algunas personas pueden tener rasgos psicóticos, como delirios o alucinaciones, que suelen estar relacionadas con su estado de ánimo. Los cuadros depresivos pueden presentarse como un incidente aislado, como episodios recurrentes o como parte de trastorno afectivo bipolar. El tratamiento, si está indicado, debe iniciarse y supervisarse por un médico especialista.

Riesgo de suicidio.

En las personas deprimidas se debería valorar la frecuencia y la persistencia de las ideas suicidas; si existen intentos de suicidio previos, así como el fácil acceso a medios para el mismo, la gravedad de sus intenciones, su historia personal (por ejemplo, la letalidad potencial, las probabilidades de detectarlo), si existe un historial familiar de suicidios o de intentos de suicidio, o rasgos psicóticos o uso indebido de sustancias, si se han tenido importantes acontecimientos adversos en la vida, y su detalles sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, situación laboral, etc.). Si el riesgo de suicidio parece ser importante, la hospitalización inmediata en un centro de salud mental (o la evacuación a la más próxima) pudiera ser la mejor opción. No se recomienda la hospitalización en un servicio no psiquiátrico de un hospital general para prevenir actos de autolesión. Sin embargo, la admisión en un hospital general (no psiquiátrico) para el tratamiento de las consecuencias físicas de un acto de autolesión podría no obstante ser necesario, en tal caso, la persona afectada debería ser vigilada para prevenir posteriores autolesiones en el hospital.

Si estas opciones no están disponibles de inmediato, los médicos deben tratar de aplicar medidas de prevención del suicidio, que pueden incluir la organización de un cuidador las 24 horas (un miembro de la familia, una enfermera privada, etc.), eliminando cualquier artículo que pueda provocar el suicidio (armas de fuego, medicamentos, cuchillos, pesticidas, sustancias tóxicas, etc.), mientras la persona tenga pensamientos de autolesionarse o siga lesionada. Debería reducirse el acceso al alcohol y otras sustancias psicoactivas y llevarse a cabo una evaluación de los síntomas de abstinencia. Se recomienda un contacto regular con aquellos individuos con pensamientos de autolesión, o que se hayan identificado con planes de autolesión en el mes precedente o que hayan cometido actos de autolesión en el año anterior. Los individuos suicidas que muestren rasgos psicóticos o problemas severos con el abuso de ciertas sustancias deberían ser remitidos a un especialista. Los supervivientes de intentos de suicidio pueden requerir asistencia jurídica en los países en los que los intentos de suicidio son ilegales.

Manía. Aunque es relativamente poco frecuente, la manía puede plantear una situación de emergencia en el extranjero. El estado maníaco se considera como parte de un trastorno afectivo bipolar en el que las personas también tienen episodios depresivos. Un episodio maníaco se caracteriza por un estado de ánimo, eufórico o irritable anormalmente elevado que se mantiene durante días o semanas. Las personas con manía con frecuencia suelen presentar una autoestima exagerada, una gran energía, una menor necesidad de sueño, aumento de la libido, y un nulo entendimiento de la naturaleza de su enfermedad. Estos síntomas pueden conducir a una disminución del juicio del viajero que afecta a las decisiones que tiene que tomar en diferentes ámbitos de la vida (por ejemplo: financiero, sexual, profesional, abuso de sustancias). Ocasionalmente los pacientes desarrollan síntomas psicóticos, como la incoherencia en su discurso, delirios

y alucinaciones. Un episodio hipomaniaco es un estado menos grave que el episodio maniaco que generalmente no requiere hospitalización. Es común encontrar a viajeros que han iniciado un viaje debido a su elevado estado de ánimo.

El tratamiento administrado en el extranjero está frecuentemente orientado a hospitalización, si es posible o a la estabilización a la espera de la evacuación médica, o a la repatriación. Concienciar al paciente con un episodio maniaco del peligro hacia su persona o hacia los demás no siempre es posible, y la falta de entendimiento del propio individuo puede hacer que el consentimiento voluntario al tratamiento sea difícil de conseguir. Frecuentemente es necesario recurrir a la influencia de la familia o de alguna organización de apoyo para obtener la cooperación del enfermo. Los médicos deberían realizar una evaluación que incluye la valoración del cuadro y las pruebas de detección de abuso de sustancias (por ejemplo, el uso de anfetaminas o cocaína), ya que el uso indebido puede causar los síntomas maniacos.

Trastornos psicóticos. Un episodio psicótico se caracteriza por delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento, o cambios drásticos del comportamiento (por ejemplo, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado). La psicosis es un estado que puede producirse en diferentes trastornos mentales, incluyendo la manía, la depresión y muchos trastornos por abuso de sustancias. La presencia de psicosis, especialmente en una persona que no sufre de un trastorno mental crónico, o que ha tenido episodios previos, representa una urgencia psiquiátrica.

Trastornos psicóticos agudos y transitorios. Los trastornos psicóticos agudos y transitorios se caracterizan por la rápida aparición de síntomas psicóticos de una duración relativamente breve (menor o igual a 3 meses). Dada la conocida asociación entre el estrés y los trastornos psicóticos agudos y transitorios, no es sorprendente que estos se hayan descrito en relación con el estrés del viaje. La hipótesis es que el aislamiento de los viajes de larga distancia, el abuso de sustancias, el cambio en la dieta, la ingesta de líquidos y el insomnio pueden contribuir a su aparición. Por otro lado, los factores individuales y culturales también pueden ser importantes desde la perspectiva etiológica. Algunas manifestaciones psicóticas pueden estar relacionadas con lugares con importancia histórica, artística o religiosa. El viajero se puede ver abrumado en lugares de peregrinación como La Meca, Jerusalén, y Santiago de Compostela, así como varios lugares sagrados en la India. En muchos casos los episodios psicóticos comunicados en estos y otros lugares evolucionaron rápidamente, no había antecedentes de este tipo de problemas y se resolvieron rápidamente con el tratamiento. Sin embargo, en algunos casos las personas que han desarrollado un episodio psicótico en estas situaciones podrían estar experimentando una exacerbación o reaparición de una psicosis preexistente, como la esquizofrenia.

El manejo de este tipo de trastorno depende de un diagnóstico exacto. Dado que los estados psicóticos pueden ocurrir como resultado de trastornos del estado de ánimo, trastornos por abuso de sustancias (Ej. Implicando al *cannabis*), esquizofrenia, condiciones médicas (por ejemplo, malaria cerebral) o medicamentos (Ej. *mefloquina*), éstos deben ser excluidos. Debe prestarse la debida atención al riesgo de suicidio o de violencia. Si la hospitalización o derivación a un especialista no es posible, entonces el médico debería mantener al enfermo en un lugar seguro e independiente que permita el seguimiento frecuente.

Esquizofrenia. No son raros los casos de viajeros con esquizofrenia, en los aeropuertos internacionales o en las embajadas, que necesitan asistencia médica. Los viajeros con

esquizofrenia pueden ser detenidos por la policía debido a su comportamiento "muy extraño" o "sospechoso", y la policía o los miembros de la familia podrían contactar con la embajada. La esquizofrenia viene definida como una mezcla de síntomas psicóticos que pueden aumentar y disminuir con el tiempo. (Los síntomas pueden remitir por periodos prolongados, especialmente bajo tratamiento). Los síntomas negativos como aplanamiento afectivo, ausencia de motivación, alogia y abulia están presentes por largos periodos de tiempo, incluso en ausencia de psicosis.. La esquizofrenia a menudo debuta en la adolescencia o en el inicio de la etapa adulta. Dada la naturaleza crónica de la enfermedad y la relativamente temprana edad de inicio, es poco probable que el viaje en sí mismo pueda ser considerado como un factor causal. Las personas con esquizofrenia a menudo abusan de sustancias por lo que puede coexistir su enfermedad con trastornos asociados a dicho abuso.

Trastornos debido al abuso de sustancias psicoactivas

Una amplia variedad de trastornos de diferente gravedad son atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas. Se ha identificado un abuso de todo tipo de sustancias entre los viajeros internacionales. En un estudio de 1.008 jóvenes mochileros (edad 18-35 años), *Bellis et al.* informó que más de la mitad de la muestra (55,0%) utilizan al menos una droga ilegal durante el viaje. Los individuos mostraron un incremento significativo en la frecuencia de consumo de alcohol en el país en el que viajaban en comparación con su comportamiento en su país de origen. La proporción de personas que bebían 5 o más veces por semana se doblaba prácticamente pasando del 20,7% al 40,3%.

La dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un fuerte deseo de tomar la sustancia, dificultad en el control de la toma de la sustancia (inicio y finalización del consumo y cantidad consumida), síndrome de abstinencia (o consumo de la misma sustancia u otra similar para aliviar o evitar dicho estado) cuando el uso de la sustancia se había reducido o interrumpido, la tolerancia (son necesarias dosis mas altas de las sustancias psicoactivas para lograr efectos originalmente producidos por dosis más bajas), progresivo abandono de otros placeres o intereses por el uso de la sustancia psicotrópica (es necesario más tiempo para obtener o tomar la sustancia o para recuperarse de sus efectos) y la persistencia del consumo de sustancias a pesar de las claras evidencias de sus consecuencias perjudiciales. Viajar es poco probable que sea un factor determinante en el desarrollo de la dependencia a sustancias. Sin embargo, al encontrarse en lugares nuevos y, a veces, exóticos y liberado de las restricciones familiares y sociales, además de tener fácil acceso a sustancias baratas, pueden desencadenar una recaída en las personas que se encuentran en remisión.

Las personas con dependencia a sustancias que planean viajar a veces llevan consigo pequeñas dosis de las sustancias (o un sustituto como la metadona) para evitar el síndrome de abstinencia. El uso o la posesión de sustancias psicotrópicas se considera un delito grave en algunos países. Los viajeros deben ser tratados para evitar el síndrome de abstinencia antes de viajar. Los viajeros que abusan de sustancias podrían presentar un episodio de intoxicación o síndrome de abstinencia que requerirá asistencia médica.

Intoxicación. La intoxicación aguda es una condición transitoria relacionada con la dosis de la administración de alcohol u otra sustancia psicoactiva, causando perturbaciones en el nivel de consciencia, en los procesos de pensamiento, percepción,

afecto, comportamiento o funciones psicofisiológicas. Casi siempre, la intoxicación de alcohol (es decir la embriaguez) sola no se convierte en una emergencia psiquiátrica, a no ser que la persona se vuelva violenta o suicida. Sin embargo, la intoxicación por estimulantes, los alucinógenos, la *fenciclidina*, las sustancias inhaladas y el cannabis, son los que más frecuentemente causan los estados psicóticos que se pueden presentar como una emergencia psiquiátrica. Considerando la complejidad para tratar estos estados de intoxicación, se suele preferir la hospitalización o tratamiento en una habitación de urgencias durante algunas horas al régimen ambulatorio.

Abstinencia. Los estados de abstinencia también se pueden presentar como casos de urgencia psiquiátricos. La abstinencia del alcohol, sedantes o hipnóticos, por lo general se caracteriza por la hiperactividad autonómica, temblores, insomnio, ansiedad y agitación. Ocasionalmente pueden estar asociados con *delirium tremens*, una condición marcada por el delirio, hiperactividad severa autonómica, alucinaciones vivas, ilusiones, temblores severos y agitación. El *delirium tremens* está asociado con una significativa mortalidad. Las personas que tengan un síndrome abstinencia siempre deberían ser evaluadas por si existiesen condiciones médicas concurrentes y por si hubiese habido uso de otras sustancias que pudiesen complicar el diagnóstico o el tratamiento. El apoyo psicológico, si está disponible, es de ayuda para pacientes que siguen un régimen de disminución gradual.

Incluso el breve contacto con pacientes después de la detección del mal uso de sustancias ofrece oportunidades al profesional sanitario de intervenir para reducir el daño. Se deberían dar a la persona un seguimiento individualizado, información sobre como reducir o cortar el consumo de sustancias, e información de cómo obtener el equipo de inyección limpio, sobre el comportamiento sexual más seguro y sobre factores de riesgo que pueden provocar una sobredosis accidental. Se les debería ofrecer la posibilidad de seguimiento. Algunas de las personas que presentan una intoxicación, y la mayoría de la gente que presenta un cuadro de abstinencia, probablemente sean adictos a sustancias. Se les debería aconsejar que obtengan el tratamiento a largo plazo en su país de procedencia.

Otras áreas relevantes de interés.

Rabia

El mal comportamiento de los pasajeros de carácter agresivo durante el viaje se ha convertido en un asunto de gran preocupación pública, y parece estar aumentando su frecuencia, aunque aún no es muy común. La rabia puede variar desde amenazas verbales destinadas a la tripulación y a otros pasajeros hasta otros comportamientos antisociales. Algunas agresiones físicas han sido comunes en episodios de ira durante el vuelo, pero han sido infrecuentes las lesiones graves. La ira durante el vuelo - como la ira de la carretera - se atribuye principalmente a los jóvenes varones. Aunque ocasionalmente algunos casos se pueden atribuir a un trastorno mental, los principales factores asociados con la rabia son el alcohol y el abuso de sustancias (ej. intoxicación o síndrome de abstinencia), discusiones con la tripulación, aglomeraciones, los retrasos y falta de información acerca de los problemas durante el viaje. Las estrategias de prevención pueden incluir la formación de la tripulación.

Choque cultural y choque cultural inverso.

Durante los viajes a menudo nos encontramos con una nueva cultura que requiere la adaptación a las diferentes costumbres, estilos de vida e idiomas. Adaptarse a la nueva cultura es particularmente importante cuando se viaja por un largo período (ej. durante la expatriación o la migración). El cambio cultural puede provocar en algunas personas un cierto peligro denominando «choque cultural». Esta condición se produce cuando las personas se encuentran de repente en una nueva cultura en la que se sienten totalmente ajenos. También pueden aparecer conflictos internos sobre qué estilos de vida mantener o cambiar o cuáles de los nuevos estilos de vida adoptar. Los niños y jóvenes-adultos inmigrantes suelen adaptarse con más facilidad que los de mediana edad y ancianos debido a que ellos aprenden el idioma nuevo de forma más rápida y siguen madurando en la nueva cultura. Si una persona forma parte de una familia o un grupo que realiza esta transición y el cambio es previsible y positivo, esto generará menos estrés. Además, si se pueden mantener determinadas costumbres cuando la gente se integre en nuevas culturas, el stress se verá minimizado.

Los síntomas reactivos son comprensibles e incluyen ansiedad, depresión, aislamiento, miedo y un sentimiento de pérdida de identidad durante el periodo de adaptación. El auto-entendimiento, el paso del tiempo y el apoyo de amigos, familiares y colegas normalmente ayudan a reducir el estrés asociado con la adaptación a nuevas culturas y experiencias desconocidas. Hay personas que necesitan ayuda de un profesional para entender que estas reacciones son normales y que la angustia disminuirá a medida que se adapten a la nueva cultura. Participar en las actividades de la nueva comunidad y tratar de conocer a los vecinos y compañeros de trabajo puede disminuir el choque cultural.

Volver a casa también puede ser un desafío psicológico para las personas que han vivido en el extranjero durante un período prolongado de tiempo, especialmente si los viajes han sido particularmente agradables o si su vida futura se espera que sea menos emocionante y satisfactoria. Algunos viajeros más jóvenes o en los que han estado mucho tiempo fuera de su país, pueden mostrar un fuerte deseo de permanecer en la nueva cultura y un temor a volver a casa. En otros, existirá un sentimiento de pérdida y duelo, cuando los viajeros y sus familiares se den cuenta de que las cosas han cambiado, como resultado de sus diferentes experiencias han madurado de forma distinta. Puede dar lugar a sentimientos de sorpresa, frustración, confusión, ansiedad y tristeza, a menudo denominado “choque cultural inverso”. A veces, amigos y familiares se pueden sentir dolidos y sorprendidos por la reacción de aquellos que han regresado. El auto-entendimiento y la capacidad de explicar la situación pueden ayudar a comenzar de nuevo con las relaciones.

Lectura adicional

Bellis MA et al. Effects of backpacking holidays in Australia on alcohol, tobacco and drug use of UK residents. BMC Public Health, 2007, 7:1 (available at www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-1.pdf)

Committee to Advise on Tropical Medicine and Travel (CATMAT). Travel statement on jet lag. Canada Communicable Disease Report, 2003, 29:4–8.

Gordon H, Kingham M, Goodwin T. Air travel by passengers with mental disorder. *Psychiatric Bulletin*, 2004, 28:295–297.

Lavernhe JP, Ivanoff S. Medical assistance to travellers: a new concept in insurance – cooperation with an airline. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 1985, 56:367–370.

Matsumoto K, Goebert D. In-flight psychiatric emergencies. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 2001, 72:919–923.

Sanford C. Urban medicine: threats to health of travellers to developing world cities. *Journal of Travel Medicine*, 2004, 11:313–327.

Sugden R. Fear of flying – Aviophobia. In: Keystone JS et al., eds. *Travel medicine*. Edinburgh, Mosby, 2004: 361–365.

Tourism highlights: 2007 edition. Madrid, World Tourism Organization, 2007.

Tran TM, Browning J, Dell ML. Psychosis with paranoid delusions after a therapeutic dose of mefloquine: a case report. *Malaria Journal*, 2006, 5:74.

Valk TH. Psychiatric disorders and psychiatric emergencies overseas. In: Keystone JS et al., eds. *Travel medicine*. Edinburgh, Mosby, 2004: 367–377.

Waterhouse J et al. Jet lag: trends and coping strategies. *Lancet*, 2007, 369:1117–1129.