

Capítulo 10: 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 de apoyo familiar y social, 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. Los que encuentran una gran variedad de factores de estrés pueden tener un riesgo mayor de problemas psicológicos. Bajo el estrés de los viajes, si se tiene un trastorno mental de base, se podría exacerbar el cuadro. Además, para aquella gente que tiene una predisposición a desarrollar trastornos mentales, 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). Normalmente no habrá médicos ni personal de apoyo que entiendan al viajero o que estén familiarizados con su cultura, por lo que debería existir la posibilidad de tener intérpretes. El entorno jurídico dentro del cual un clínico ejerce también puede variar ampliamente. Las leyes relacionadas con el uso de sustancias ilícitas y sus sanciones varían considerablemente de un país a otro, en alguno de ellos pueden ser bastante severas. Como consecuencia de estas diferencias en la infraestructura para la prestación de la atención de salud mental y el sistema legal, la primera decisión a tomar por el médico, generalmente será si la atención del viajero se hará en el país de destino o si éste requiere repatriación.

Si bien, en la gestión de la protección de los trastornos mentales, los proveedores de salud deben ser conscientes de garantizar el respeto de los derechos de las personas con dichos trastornos, de conformidad con los pactos internacionales y leyes nacionales. Esto debe incluir información de 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.

Trastornos mentales y viajes

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 relacionado con los viajes no se puedan predecir; sin embargo, se podrían tomar una serie de medidas. Los viajeros deberían obtener 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 neuropsiquiátricos (convulsiones, psicosis y encefalopatías) aparecieron en aproximadamente 1 de 10 000 viajeros que recibieron profilaxis con mefloquina para la malaria.

A los pacientes con antecedentes de trastornos neuropsiquiátricos, como psicosis, depresión, convulsiones o trastornos de ansiedad generalizada, no se les debería prescribir *Mefloquina* y se tendría que recomendar otro antipalúdico como profilaxis.

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 realizar cursos específicos de control de ansiedad, ofertados por algunas compañías aéreas.

Considerando las consecuencias potenciales que podrían surgir ante una emergencia psiquiátrica durante un viaje al extranjero, la realización de una historia clínica psiquiátrica así como su tratamiento debería formar parte de cualquier consulta del viajero antes del viaje. Los viajeros con una historia previa de trastornos mentales 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 y el material para su administración, su historial y copias de las recetas médicas. (Ver capítulo 1). Todos estos documentos deberían estar en el idioma que se entienda en el lugar de destino. Si los viajeros van a estar periodos largos de tiempo (por ejemplo: un cooperante o un viajero por negocios) se les debería enseñar

técnicas y estrategias de reducción de estrés antes de la salida o durante su estancia. Si se sospechase un uso indebido de los medicamentos habría que explicarle las diferentes consecuencias legales que dicho uso puede tener en algunos países.

Si se toman estas precauciones, 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. Las fobias específicas se caracterizan por un temor intenso e invalidante hacia algo que supone un peligro mínimo o inexistente, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. En las fobias específicas, la angustia suele ser provocada por dichos síntomas, por el mecanismo de evitación o por el reconocimiento de que estos sentimientos o acciones son exagerados o poco razonables. Las personas con fobia a volar por lo general evitan volar y pueden tener ansiedad anticipatoria cuando se enfrentan con las descripciones vívidas de los vuelos, la necesidad de volar, y los preparativos necesarios para volar. Este miedo puede limitar gravemente 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 él o ella sientan miedo frente 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 a esta 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 es lo suficientemente intensa para acudir a urgencias. Estos ataques se han 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, asociados a sentimientos de 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 las redes sociales, 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 muchas 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 debe 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 y familiar de intentos de suicidio o uso indebido de sustancias, existencia 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 o la evacuación inmediata a la instalación adecuada más cercana puede ser la mejor opción. 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, etc.), eliminando cualquier cosa que pueda provocar el suicidio (armas de fuego, medicamentos, cuchillos, productos químicos tóxicos, etc.), y controlar de forma frecuente el estado de la persona. El acceso al alcohol y otras sustancias psicoactivas debe reducirse y debe llevarse a cabo una evaluación de los síntomas de abstinencia. Los suicidas que presentan rasgos psicóticos o con graves problemas de abuso de sustancias deben 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. 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 anormal y persistentemente elevado, eufórico o irritable que se mantiene durante días o semanas. Las personas con manía con frecuencia suelen presentar una autoestima exagerada, una menor necesidad de sueño, distracción excesiva, gran actividad física y mental, aumento de la libido sin mostrar en ningún momento consciencia de 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 hipomaníaco es un estado menos grave que el episodio maníaco, que no genera un deterioro marcado en el funcionamien-

to social y generalmente no requiere hospitalización. Es común encontrar a viajeros que han iniciado un viaje debido a su elevado estado de ánimo.

El tratamiento, con frecuencia, debe de ser el ingreso hospitalario o si es posible, intentar la estabilización a la espera de la evacuación médica o repatriación. Concienciar al paciente con un episodio maniaco del peligro hacia su persona o hacia los demás no siempre es posible, por lo que es difícil conseguir que se tome la medicación de forma voluntaria. Frecuentemente es necesario recurrir a la influencia de la familia para obtener la cooperación del enfermo. Los médicos deben realizar una evaluación que incluye la valoración del cuadro y las pruebas de detección de abuso de sustancias (anfetaminas, cocaína, u otras), ya que el uso indebido puede causar los síntomas maníacos.

Trastornos psicóticos. Un episodio psicótico se caracteriza por delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento, 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 breves. Los trastorno psicóticos breves se caracterizan por la rápida aparición de síntomas psicóticos de una duración relativamente breve (<3 meses). Dada la conocida asociación entre el estrés y los trastornos psicóticos breves, 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 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. *cannabis*), esquizofrenia, condiciones médicas (como 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 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 pueden ponerse en contacto con la embajada. La esquizofrenia viene definida como una mezcla de signos y síntomas peculiares tanto positivos como negativos que deben estar presentes durante al menos un mes o bien menos tiempo si ha habido tratamiento. Dentro de los síntomas positivos podemos encontrar distorsiones del pensamiento, como las ideas delirantes, distorsiones de la percepción, como las alucinaciones, distorsiones del lenguaje, como ej: el lenguaje desorganizado y distorsiones de la organización del comportamiento, como el comportamiento desorganizado y catatónico. Dentro de los síntomas negativos de la esquizofrenia podemos encontrar aplanamiento afectivo, alogia y abulia. Estos síntomas tienen que estar presentes como mínimo un mes para hacer el diagnóstico de esquizofrenia. 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 abuso de sustancias psicoactivas. No es raro encontrar entre los viajeros internacionales el abuso de este tipo de sustancias. 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. 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. El aumento del consumo de alcohol fue 5 o más, veces por semana, casi el doble que en su país de origen, 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), la tolerancia (son necesarias dosis más 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 es necesario que a veces lleven consigo pequeñas dosis de las sustancias (o un sustituto como la metadona) para evitar el síndrome de abstinencia. Estar en 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 urgente.

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, los estimulantes, los alucinógenos, la *fenciclidina* (polvo de ángel), 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.

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 feedback individualizados para reducir o cortar el consumo de sustancias, sobre cómo obtener el equipo de inyección limpio, sobre el comportamiento sexual más seguro y sobre factores de riesgo que pueden provocar una sobredosis accidental. 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 con 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 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 los pasajeros, hacinamiento en el avión, 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 en-

cuentran 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, hacen el cambio previsible y positivo, esto generará menos estrés. Además, en esta familia se mantienen sus costumbres hasta que esté del todo integrado y el estrés que genera el cambio se minimizará.

Los síntomas reactivos, como síntomas adaptativos, 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 ayuda 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, se puede observar un cierto temor a la adaptación, de nuevo, a una diferente cultura. 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. Esto es lo que a menudo se denomina el “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.