



VIAJES, FUGAS Y PSICOSIS: A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

Marina García Rapún, Miquel Serra Casaus, Pablo Ortega López- Alvarado, Javier Navarro Aznar, Miguel Pascual Oliver, Sonia Salvador Coscojuela.

marinagrapun@gmail.com

RESUMEN

Una fuga consiste en la acción de huir o escapar. Cuando hablamos de una fuga de origen psicógeno, frecuentemente nos encontramos ante pacientes que realizan un viaje repentino, con dificultad para recordar el pasado, confusión sobre su identidad, o incluso asunción de otra nueva. A menudo se presenta deterioro tanto físico como psíquico, así como largo tiempo sin estar en contacto con servicios de salud mental, ni recibir tratamiento psicofarmacológico. En el presente trabajo tratamos de revisar mediante una serie de casos registrados en nuestro hospital, la clínica, complicaciones, diagnóstico y evolución encontrada en estos pacientes que han realizado fugas en el contexto de patología mental.

INTRODUCCIÓN

Actualmente viajar es algo muy común, gracias al mayor desarrollo de los medios de transporte y la economía, así como a formar parte de una sociedad cada vez más globalizada, millones de personas se desplazan diariamente de un lugar a otro por diferentes motivos. Sin embargo, el hecho de desplazarse, peregrinar y querer descubrir que hay más allá del entorno conocido ha sido algo frecuente y vinculado a prácticamente todas las culturas del mundo. Los motivos que han llevado a las distintas civilizaciones, y en concreto a cada individuo a realizar estos desplazamientos son muy diversos; algunos por motivos comerciales (por ejemplo, el viaje que dirigió Colon para descubrir una ruta alternativa hacia la India), religiosos (peregrinaciones a La Meca, el Camino de Santiago...), expansión territorial, espíritu aventurero e inquietud por descubrir nuevas culturas... En otras ocasiones, las motivaciones que llevan a un individuo a realizar un viaje pueden estar relacionadas con causas de tipo psicológico.

Viajar es "la acción de trasladarse de un lugar a otro, generalmente distante, por cualquier medio de locomoción", según consta en la RAE. Un viaje siempre es un momento de cambio, que puede estar relacionado con un aumento del estrés, llevar a un importante choque emocional, tanto por la propia acción de viajar, como por las condiciones del lugar al que se llega, o por enfrentarse a una realidad muy diferente a las expectativas que se habían generado... Hay muchos motivos por los que viajes y psiquiatría están estrechamente relacionados. Por un lado, hay patologías psiquiátricas propias que se desencadenan en el

VIAJES, FUGAS Y PSICOSIS: A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

contexto de un desplazamiento a un lugar determinado (síndrome de Jerusalén, síndrome de París, síndrome de Stehndal, síndrome de Tahití, síndrome de India...). Otros desplazamientos se llevan a cabo por una causa psiquiátrica (fugas, viajes patológicos...), y en otras ocasiones son las propias circunstancias del viaje la que acaban desencadenando una patología psiquiátrica (estrés postraumático, síndrome de Ulises...). En algunos otros casos puede aparecer patología psiquiátrica debido al uso de determinados fármacos para prevenir enfermedades propias del entorno que se va a visitar (por ejemplo aparición de síntomas neuropsiquiátricos inducidos por antipalúdicos), o al consumo de sustancias psicotrópicas.

REPASO HISTÓRICO

En el siglo XIX, la psiquiatría francesa comienza a interesarse por el concepto del desplazamiento patológico (*déplacement pathologique*). Autores como Esquirol tratan de explicar estos desplazamientos con el concepto de la monomanía intelectual. Este autor, habla del viaje como una manera de curación, según él "*los monomaniacos, los maniacos deben estar aislados como una manera de tratamiento*", y es mediante el viaje, y el alejarlos de su entorno conocido como esto se consigue. Otros autores como Foville estudian algunos casos de síntomas alucinatorios y delirios de persecución, que aparecen en viajantes, es lo que él llama "*lypomanía alucinatoria*". Posteriormente este concepto es lo que evolucionará al concepto de "viaje patológico".

Durante el S XIX diferentes términos y conceptos son explicados por los distintos autores a la hora de hablar del desplazamiento patológico, algunos de ellos son los siguientes:

- Automatismo ambulatorio (Tissié 1887),
- Automatismo somnábulo (Garnier 1887) ,
- Vagabundeo impulsivo (Pitres 1891)
- Dromomania (Régis) : impulso irresistible a alejarse del lugar de residencia habitual o el impulso de cambiar repetidamente de domicilio.
- Automatismo ambulatorio epileptico, histérico,(Clérambault, Janet et Charcot)
- Delirio ambulatorio, fuga psicoasténica, (Fulgence Raymond 1895)
- Mania ambulatoria, (Berkley 1897)

El concepto de viaje patológico es introducido por Morel, Briand y Livet en 1914, diferenciándolo de las fugas delirantes, ya que en los viajes patológicos no se acompañan de la impulsividad, ni de los problemas nmésicos que a menudo encontramos en las fugas. En el viaje patológico el delirio es el motor del viaje.

Coralí y Massé en 1981 hablan de tres tipos de viajes patológicos:

- Viaje simple: Obedece a una idea delirante pero sin integrarla en el viaje.
- Viaje secundario: Se integra el contenido del delirio.
- Viaje patológico puro: se inicia para obedecer a un delirio o una alucinación y se integra en el viaje.

VIAJES, FUGAS Y PSICOSIS: A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

TIPOS DE DESPLAZAMIENTO PATOLÓGICO Y CLÍNICA

Cuando hablamos de desplazamiento patológicos hay que distinguir entre fugas y conducta de vagabundeo

Fugarse consiste en huir o escapar. Cuando se habla de una fuga en el contexto psiquiátrico nos referimos a un acto agudo, transitorio, de corta duración mediante el cual el enfermo realiza un desplazamiento anormal, repentino. En ocasiones va acompañado de amnesia posterior del episodio.

Las causas que pueden cursar con realizar una fuga son variadas. No siempre corresponden a una patología psiquiátrica, por tanto cuando estamos ante un paciente que ha realizado una fuga, la primero que debemos hacer es descartar que la causa de la misma no sea orgánica (infecciones, traumatismos, alteraciones metabólicas, tóxicos, epilepsia, tumores...). En un elevado número de patologías psiquiátricas pueden estar presente la conducta de fuga o huida como una de sus manifestaciones. Entre ellas podemos destacar las fugas de los estados disociativos, trastornos de estrés postraumático, fugas en demenciados o en oligofrénicos, huidas en la conducta suicida, fugas de los psicóticos, en estados maníacos, depresivos...

Un vagabundo es, según la RAE, " *alguien que anda errante y carece de domicilio fijo y de medio regular de vida, o alguien ambulante o que va de un lugar a otro sin asentarse en ninguno*". Cuando hablamos de conducta de vagabundeo, nos referimos a un proceso más crónico, una conducta más mantenida, a diferencia de las fugas, que son un proceso más agudo. Además, la amnesia del episodio no es tampoco una de las características de la conducta de vagabundeo.

La vagabundería está muy relacionada con enfermedad mental. Diferentes estudios, como el publicado en 2017 por *L. Chi-Lap Yim et als*, sobre la prevalencia de la enfermedad mental en la población de vagabundos de Hong-Kong, estima que la prevalencia de enfermedad mental encontrada en los sujetos de su estudio fue del 56%. El 71 % habían tenido antecedentes de enfermedad mental a lo largo de su vida. En una revisión sistemática realizada por *Fazel, Khosla, Doll y Geddes*, se encontró que el trastorno mental que aparecía con más frecuencia en la población de vagabundos era la dependencia de alcohol (8,1-58,5%), y drogas (4,5-54,2%), la prevalencia de psicosis y trastornos del humor se estimó entre el 2,8 y el 42,3%.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

M. Es un varón de 60 años, natural de Sevilla. Soltero, no mantiene relación con ningún miembro de su familia. Lleva varios años deambulando por diferentes ciudades españolas, viviendo en la calle. Ha tenido dos ingresos en la unidad de corta estancia de nuestro hospital en los últimos 2 años, por clínica psicótica, e importante abandono del autocuidado, así como consumo perjudicial de alcohol. Son los servicios de emergencia los que lo trasladan a

VIAJES, FUGAS Y PSICOSIS: A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

urgencias. Tras el alta del primer ingreso se le deriva a dispositivo residencial, pero tras permanecer unos días realiza fuga y vuelve a su ciudad natal. Unos meses más tarde reaparece en nuestra ciudad, ya que refiere que ha realizado el viaje *"porque la Virgen del Pilar me ha llamado para que volviera aquí a verla. Estoy casado con ella"*.

Importantes delirios de grandeza (*"soy juez, fiscal, político, y médico de todas las especialidades..."*), así como de contenido mesiánico (*"soy el segundo hijo de Dios"*), y religioso (*"tengo el demonio dentro de mí...que es el que me produce la tos y las enfermedades"*). Alucinaciones auditivas y cenestésicas presentes.

Durante el último ingreso se le diagnosticó de Tuberculosis pulmonar, él achaca los síntomas al demonio *"que habita dentro de mí"*. Tuvo que permanecer en planta de infecciosos, aislado, y recibir tratamiento con antituberculostáticos, que aceptó.

Diagnóstico de Esquizofrenia y alcoholismo severo. Se inicia tratamiento con fármaco depot (Clopixol), haloperidol gotas 20-0-40, hidroxil B1-B6.B12/ 24 horas, y se deriva a unidad de media estancia.

Caso 2

C es un paciente de 35 años, traído a urgencias por la Guardia Civil, tras encontrarlo solo y confuso en el campo. Al encontrarlo, refiere haber estado viviendo solo en el campo, deambulando durante varios meses. Se ingresa en Unidad de corta estancia. Explica trama delirante de tipo legal, centrada en relación con un terreno, y las fuerzas militares. Discurso repleto de neologismos, parco, metido en su mundo psicótico.

La familia refiere haber perdido el contacto con él desde hace unos años, cuando realizó una fuga psicótica a Madrid (*"mi madre me envenenaba y me podía producir cáncer, por eso me fui"*). Durante estos años, ha deambulado por diferentes ciudades. Al principio dormía en un coche, posteriormente pasó a dormir en la calle.

C tiene estudios universitarios de economía y gestión. Había estado trabajando en diferentes empresas. Unos meses antes de su fuga comenzó clínica psicótica, de perjuicio, centrado en familiares y en medio laboral.

Se realizan pruebas complementarias: AS (Déficit vitamina B12 y ácido fólico), y Análisis de orina (cuerpos cetónicos positivos). Negativo para tóxicos. TAC craneal normal. Serologías normales. Estado físico deteriorado.

Se diagnostica de Esquizofrenia. Se inicia tratamiento con Olanzapina 15, clopixol depot/ 15 días. Al alta se deriva a Hospital de día, con mejoría sintomática, y recuperación del vínculo familiar.

Actualmente (1 año después de la fuga psicótica), vive en domicilio familiar, con buena adaptación, recuperación de relaciones sociales. Acude regularmente a su Unidad de salud mental.

VIAJES, FUGAS Y PSICOSIS: A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

Caso 3

S es un paciente de 27 años, trasladado a nuestro hospital desde un hospital madrileño, donde se le ingresa al encontrarlo en situación de calle con clínica psicótica de varios años de evolución. Vivía en un descampado que refiere, tenía que proteger. Delirios de persecución, vivencias de trama y complot.

La familia explica que abandonó el hogar familiar cuando tenía 23 años, y desde entonces apenas han tenido noticias suyas, perdiendo completamente el contacto en los últimos 2 años. Refieren haber notado el inicio de la clínica unos meses previos a la fuga (*"hablaba de unos juegos de acertijos psicológicos que le hacían en la empresa"*).

Al preguntarle, S refiere que *"un día comencé a andar, y llegué a diferentes ciudades"*. Según explica ha estado años deambulando, llegando andando a varias ciudades del territorio español, metido en su mundo delirante.

Pruebas complementarias: AS: Déficit severo de B12 y anemia. Tóxicos y serologías negativas. TAC cerebral normal. ECG normal.

Diagnóstico de EZQ paranoide, en tto con Amisulprida 200 (1-0-1) y vitamina B12 IM cada 7 días. Durante el ingreso mejoría sintomática, con recuperación del vínculo familiar y social.

CONCLUSIONES

La patología psiquiátrica relacionada con el viaje es frecuente y muy variada. Podemos englobar en ella tanto los cuadros psicológicos que se desencadenan por el hecho de iniciar un viaje como los desplazamientos que se inician como consecuencia del padecimiento de una enfermedad mental que impulse a emprenderlo.

La vagabundería o indigencia es un problema global. Se estima que en Estado Unidos 636.000 individuos han experimentado la indigencia en algún momento de su vida. En nuestro país, según un informe de Cáritas, se estima que actualmente hay unos 40.000 individuos sin hogar. Un problema importante es el difícil acceso que estas personas tienen a los recursos sanitarios habituales, este problema se acentúa aún más en los vagabundos que padecen de una enfermedad mental.

Como conclusión, consideramos que, dado las importantes repercusiones tanto a nivel físico como psíquico que este tipo de patología puede tener en nuestros pacientes, deberíamos familiarizarnos más con estos trastornos, así como favorecer un adecuado acceso a los medios sanitarios a estos individuos.

BIOGRAFÍA

1. J. Vallejo Ruiloba. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7ª Edición. Ed. Elveisser
2. Fernando Mora Minguez. El paciente culturalmente diferente. Capítulo 6, curso Experto universitario en emergencias psiquiátricas de la Universidad de Alcalá.

VIAJES, FUGAS Y PSICOSIS: A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

3. Larina Chi-Lap Yim; Henry Chi-Ming Leung; Wai Chin Chan; Marco Ho- Bun Lam; Vivian Wai-Man Lim. Prevalence of mental illness among homeless people in Hong Kong. Daisuke Nishi Editor.
4. Federico Caro. Deplacement pathologique: historique et diagnostics différentiels. Information psychiatrique. Volumen 82, número 5, 405-4. Mai 2006
5. Powell K ; Maguire N. Paranoia and maladaptive behaviours in homelessness : The mediating role of emotion regulation. Dec 2017
6. Travis P Baggett,; James J O'Connell. Health care of homeless in the United States. <https://www.uptodate.com/home>.
7. <https://sites.google.com/site/jldiasahun2/>