

PSIQUIATRIA AERONAUTICA SISTEMICA

HUGO OSCAR LEIMANN PATT

Ediciones Kargieman, 1985, Buenos Aires

Capitulo VII

PSICOPATOLOGIA AERONAUTICA

1. La psicopatología aeronáutica, desde el punto de vista de la sintomatología y los síndromes psiquiátricos "químicamente puros", no puede dejar de advertir que, para la seguridad de vuelo (su objetivo principal), es más trascendente un problema en el entorno sociofamiliar del piloto, cuyas repercusiones psíquicas inadvertidas por éste, pueden incapacitarlo veladamente y conducirlo a un accidente, que la desembozada "fobia al vuelo", por la cual el propio sujeto decide no volar y pone a salvo de esa manera la operación. Podría cuestionarse que ese tipo de manifestaciones no pertenecen al ámbito de la psiquiatría, pero nosotros preguntamos: ¿qué otra disciplina científica puede ocuparse, y de hecho se ocupa, del estudio de la conducta del hombre, tanto la "normal" como la anómala?... Simplemente en la psiquiatría aeronáutica sistémica se amplía el concepto y la connotación del término conducta; ya no se trata meramente de las manifestaciones conativas que afectan a la vida privada o al grupo social primario, sino que aquí importan fundamentalmente las que afectan la performance profesional, pues el piloto es un elemento dentro de un amplio sistema interdependiente ("un diente de un engranaje", como expresara un piloto para ejemplificar su rol); ya no es más una "prima donna" de la época heroica y romántica de la aviación de hace 50 años; pertenece inexorablemente al liveware y en calidad de tal debe ser evaluado, chequeado, estudiado y tratado. Por ello, para la psicopatología aeronáutica es tan importante analizar al piloto que un segundo antes de la toma de "un chorrillo de motor" como a aquél que sufrió un desmayo estando de vacaciones. Ambos pueden constituirse en potenciales pilotos "propensos a accidentarse"; quizá sea más peligroso el primero, porque ha adquirido un vicio de pilotaje cuyas motivaciones desconoce, y por ello mismo no las puede controlar ni advierte que su conducta es inconveniente, de tal suerte que puede llegar a generar otros tipos de inconductas a bordo en la medida en que no resuelva los conflictos que provocaron aquélla, tan inocua en apariencia.

2. Toda la psicopatología aeronáutica puede denominarse síndrome de desadaptación al vuelo. En efecto, la actividad profesional del piloto está fundada sobre un núcleo motivacional conflictivo, donde se articulan fantasmas inconscientes y defensas yoicas profesionales (ya analizadas) que están permanentemente puestas en tensión. La adaptación a una actividad riesgosa es un proceso psíquico de naturaleza económica (en el sentido psicológico del término), es decir, que implica el desplazamiento de las cargas efectivas que invierten a un objeto de amor prohibido para invertir uno nuevo: la tarea, de tal suerte que ésta se constituya en una fuente sublimatoria satisfactoria. Cuando las características de la motivación son inapropiadas, particularmente en individuos con personalidad inestable e inmadura, o cuando la "economía" afectiva se ve fuertemente distorsionada por eventos extraaeronáuticos (casamiento, ruptura, paternidad, duelo, etc.), o cuando un accidente propio o de un colega aporta una contundente prueba de la realidad, aquel equilibrio precario puede llegar a naufragar y las consecuencias ser imprevisibles.

3. Clásicamente se divide al síndrome de desadaptación al vuelo en primario y secundario, de acuerdo con el momento en que se presenta. Es primario cuando el piloto está en formación y secundario cuando, ya formado, pasa un tiempo volando asintomático. Hay necesariamente estados intermedios -serían primarios tardíos-, puesto que la formación o la situación de aprendizaje se renueva cada vez que el piloto debe adaptarse a un nuevo avión o rendir exámenes y efectuar cursos para obtener licencias mayores.

La etiología del síndrome de desadaptación primaria al vuelo tiene que ver con las características y calidad del sistema defensivo y la motivación aeronáutica, ya analizada. Además es muy importante la forma en que se supera el natural y lógico "temor al vuelo" del debutante, entidad que si bien no todos los autores aceptan, hay consenso suficiente como para afirmar que existe. Así, Bond, cuando afirma que el "temor al vuelo sería una reacción neurótica proveniente de la proyección al avión de un "mal objeto interno", deja entrever algunas otras circunstancias en que los rendimientos instintivos operan sencillamente informando a la corteza prefrontal que uno puede caerse de allá arriba. Davis, Samoff y Gatto coinciden en la existencia de un temor normal. Digo efectúa un análisis de las diversas circunstancias en que puede presentarse el miedo al vuelo, pero a todas las caracteriza como patológicas; empleando sus palabras, dicho temor sería "la síntesis o la vía final común de los mecanismos psicopatológicos, de los cuales algunos tienen un origen arcaico". Esto efectivamente puede ser cierto en el piloto veterano, pero no así en el debutante. La actitud del instructor, por otro lado, es fundamental para vencerlo, y de él depende muchas veces el futuro del alumno temeroso.

4. Las formas clínicas con que se presenta este síndrome suelen ser:

- a) La pérdida de la motivación, muy frecuente en los alumnos y en las personalidades inseguras de sí, cuya motivación estaba originada en una necesidad imperiosa de autoafirmación, pero en los cuales la "angustia aeronáutica" superó los beneficios supuestos de la profesión. Muchas veces se asocia a una depresión reactiva, lo que delata el contenido objetal profundo y el dolor por la pérdida.
- b) La cinetosis crónica. Se trata de un síndrome hiperdefensivo, en el que se asocia una fuerte motivación y un sistema defensivo rígido que bloquea la expresión psíquica de los afectos. Es el mecanismo común a todas las somatizaciones.
- c) Descompensaciones neuróticas. Aquí la angustia aeronáutica reactiva los conflictos intrapsíquicos precariamente equilibrados por un sistema defensivo endeble. El síntoma principal es la angustia, pero puede asociarse a síntomas originados por el desplazamiento o por la emergencia de afectos arcaicos hasta ese momento ocultos.
- d) Descompensaciones psicóticas, en las que nuevamente la sobrecarga de angustia impide al yo equilibrar su situación precaria en una estructura psicótica de personalidad previa.

En cuanto a la posible evolución de estos cuadros, los hay pasajeros o bien progresivos. El desenlace puede darse de distintas formas, desde el simple abandono de la actividad hasta el suicidio desembocado o velado en maniobras temerarias, muchas veces fatales.

5. Sin duda el síndrome de desadaptación secundaria al vuelo es mucho más importante porque ocurre en pilotos ya formados, muchos de los cuales han hecho del vuelo su profesión y no saben hacer otra cosa. Para colmo de males, las compañías de seguro de patente no suelen cubrir la pérdida de la licencia por causas psíquicas, por lo cual esto representa una verdadera tragedia para el piloto profesional.

En nuestro medio los factores desencadenantes de este síndrome son:

- a) Factores traumáticos, en particular los accidentes de aviación. Después del accidente de Bariloche (1978) varios pilotos quedaron fuera de servicio por un par de semanas, y después del segundo, en el Río de la Plata (1981), se duplicó la cantidad y pasaron a ser definitivas las desadaptaciones de algunos que habían superado el primero.
- b) Factores estresantes extraaeronáuticos que operan modificando el equilibrio afectivo y por lo tanto motivacional. Por ejemplo, problemas económicos, habitacionales, de pareja, la paternidad, etc., todos los cuales generan un debilitamiento de los mecanismos de defensa del yo profesional.
- c) "Microtraumatismos laborales". Denominamos así a los inconvenientes internos, domésticos, de las empresas aerocomerciales, que van minando la motivación aeronáutica de los pilotos menos motivados o con personalidad un tanto inestable, sobre todo en situaciones en las cuales se enfrentan los intereses comerciales con la seguridad de vuelo.
- d) La "andropausia aeronáutica" ocurre por la paulatina e insensible disminución del gusto por el vuelo, o por la aparición de nuevas perspectivas económico-laborales, etcétera.
- e) Intercurrencia de patología somática. El piloto es plenamente consciente de la importancia que reviste el "capital" de su salud física. Cuando se presenta en sus exámenes periódicos algún problema sensorial (hipoacusias) o cardiovascular (extrasistolia o hipertensión), que son los más comunes, suelen investir de tal manera su yo somático que puede llegar a la pérdida de la motivación aeronáutica, o por lo menos el episodio orgánico actúa como gatillo de dicha pérdida.
- i) Desadaptación a las condiciones secundarias al vuelo internacional Suele ocurrir en los comandantes mayores que alegan un cansancio excesivo por las prolongadas postas en el exterior cuando lo que desean es estar con sus familias. No es tan frecuente entre los copilotos, más jóvenes; sin embargo hay registrados varios en nuestra casuística. De cualquier manera, el resultado final es el incremento de la angustia aeronáutica que estaba anteriormente controlada, lo que provoca que el yo profesional deba recurrir a mecanismos de "segunda línea" para controlarla. Esos recursos son menos estructurados y maduros, son regresivos, pertenecen a una etapa superada de la evolución de su personalidad; por lo tanto, siempre generarán desadaptación al medio, en particular al aeronáutica.
- g) "Desajuste libidinal". Se trata de una situación para cuya correcta comprensión debemos primero explicar lo que dimos en llamar el modelo de la "ameba libidinal" del manejo distributivo de los afectos. En efecto, la "energía vital", "libido" o "afectos" pueden estudiarse con la ayuda del siguiente modelo. El "investimento afectivo" de uno mismo (self) y de los objetos (O) del entorno puede objetivarse mediante la "analogía protoplasmática" siguiente: En estado basal y en equilibrio, distribuimos nuestros afectos entre una cantidad limitada de objetos externos e internos de una manera bastante estable: pareja, hijos, trabajo, estudios, hobbies, etc. Como el protoplasma gelatinoso de una ameba, nuestra "ameba libidinal" atrapa a los elementos de su entorno que le son vitales emitiendo pseudópodos, y descarta o permanece indiferente a los que le resultan nocivos, o innecesarios. La "ameba libidinal", el cuerpo afectivo de la persona, incorpora los objetos a los que inviste de afecto. Pero he aquí que este "cuerpo" es inextensible; no podemos enamorarnos de todo y de todos; si hemos de emitir un nuevo pseudópodo para incorporar un nuevo objeto, necesariamente deberemos restarles energía a los otros cinco. En estas circunstancias, algunos, los menos importantes o

gratificantes, pueden quedar muy debilitados e incluso desprenderse del cuerpo, lo cual significa perderlos momentánea o definitivamente. Por ejemplo, si el piloto está viviendo su actividad profesional con muchos conflictos vocacionales, laborales, operativos, económicos, etc. (sería el objeto menos "catectizado" o el seudópodo más débil), y en esas circunstancias se presenta un polo de atracción para su libido, por ejemplo, una TCP, es probable que al emitirle un seudópodo suficientemente generoso -ya que ella le aporta las gratificaciones que no obtiene de otro lado- pueda ocurrir que aquellos afectos que estaban debilitados se arruinen definitivamente, ya sea su vocación aeronáutica o su vínculo matrimonial si era también conflictivo y poco gratificante.

Recordamos el caso de un comandante cuyo hijo había enfermado gravemente, que acudió a su examen médico para solicitar ser bajado de vuelo a los efectos de ocuparse del caso y porque tenía temor de desadaptarse a la actividad aeronáutica en ese estado de debilidad.

Esta desafrentización afectiva de objetos que hasta ese momento eran muy queridos, aunque conflictivos, puede producirse también cuando ocurre algo así como una amputación traumática de otro seudópodo, por ejemplo, la muerte súbita de algún amigo o ser querido. En ese caso todos los seudópodos se retraen a los efectos de proteger al self y, en ese proceso, puede quedar sin "protoplasma afectivo" algún vínculo endeble. Así, nuevamente se puede producir una "fobia al vuelo transitorias al prevalecer los componentes ansiógenos de la actividad y haber desaparecido transitoriamente los mecanismos de defensa de negación de la muerte, por ejemplo, sobre los que se funda la motivación aeronáutica.

Si esta separación abrupta de un objeto cargado efectivamente hace que éste se quede con "libido" (protoplasma), se genera una terrible herida narcisística que llevará paulatinamente al sujeto a la retracción afectiva y al enquistamiento libidinal, estado patológico que puede adquirir características esquizofrénicas o melancólicas, a veces tan graves que llevan al piloto al propio suicidio (en nuestra casuística hay dos casos y ' a mencionados que se explican por este mecanismo). La depresión consecuente al retiro obligatorio a los 60 años en los pilotos de línea es otro ejemplo. El manejo de los afectos (seudópodos) por parte del self debe ser equilibrado, dinámico, armonioso, libre de compartimientos estancos y rigideces, lo más gratificante y menos conflictivo posible, etc. Este manejo puede verse alterado o entorpecido cuando "complejos" o "conflictos inconscientes" retienen suficiente libído y no le conceden al self la libertad para su administración. " acción psicoterapéutica preventiva (APP) que proponemos en el capítulo pertinente tiende precisamente a mejorar dicho manejo.

6" Formas clínicas. Son diversas; por lejos la más común en nuestro medio es la que se denomina:

Síndromes hiperdefensivos. Como en el caso del SDV primario, cuando nos encontramos con una fuerte motivación y un rígido sistema defensivo que impide la expresión psíquica de los afectos, el sujeto manifestará la angustia aeronáutica desplazada hacia su yo somático. De esta manera se presentan mareos, astenia, úlcera gastroduodenal, colitis ulcerosa, colon irritable, hipertensión arterial, extrasistolias, hiperglucemias reactivas, taquicardias detectadas en el gabinete, etc. En todos los casos se trata de personalidades fuertemente motivadas, pero que han tenido alguna intercurencia que produjo un incremento de su angustia aeronáutica.

Este tipo de manifestaciones son hartó frecuentes, pero no se dan a conocer salvo cuando el piloto ya está desesperado por no encontrar solución en el medio extraaeronáutico o una vez que su motivación aeronáutica ya está arruinada y no quiere volar más.

b) Déficit adaptativos. Se trata de manifestaciones en vuelo de la angustia aeronáutica o algunas de sus expresiones somáticas agudas, tales como la cinetosis con la clásica tríada náusea-vértigo-lipotimia, asociada al temor al vuelo que a veces adquiere características de pánico paroxístico (conocido en el medio con un nombre mucho menos académico). Estos malestares en vuelo se presentan en personalidades inmaduras e inestables y pueden ser la puerta de entrada a la fobia al vuelo. Tienen como etiología las innumerables contingencias desagradables del vuelo, turbulencias, emergencias mecánicas, escaso apoyo de torre, etc. Suelen ser pasajeras e intrascendentes si no se reiteran y si la estructura defensiva no se deteriora por otros factores extra-aeronáuticos. El cuadro más característico producido por el déficit adaptativo es la famosa fobia al vuelo. Ya en la década de los 60, Morgenstern había observado que estos pilotos presentaban como rasgos comunes los siguientes: en la niñez, una secuencia de temores más intensa y prolongada que lo usual, audacia contrafóbica en la adolescencia y en la adultez como un modo defensivo de vida y, finalmente, una inversión de la intensa necesidad de volar por un igualmente intenso temor al vuelo. Quien primero describió este tipo de manejos fue sin duda Otto Fenichel. En 1930 decía que la actitud contrafóbica le sirve al individuo para probarse a sí mismo que no tiene miedo; el placer pasajero que siente al hacer algo que antes hubiera temido es el componente básico de dicha actitud. Esto, que es un patrón de conducta normal en la niñez, debe considerarse patológico en el adulto, cuando su homeostasis intrapsíquica depende de la búsqueda compulsiva y constante de situaciones de riesgo. Como en todo comportamiento neurótico, las defensas no son un mecanismo que solucione definitivamente las causas de la angustia, por lo que ésta vuelve a aparecer. La negación como defensa tiene la desventaja de anular la realidad, y puede, por la consiguiente fantasía de invulnerabilidad, ser peligrosa para la realización de las tareas inherentes a la aviación. Como la tranquilidad que siente el sujeto es muy breve, la ansiedad vuelve y sólo se calma mediante la reiteración de actos cuasi suicidas (1).

Cuando en la motivación aeronáutica se asocian los elementos contrafóbicos con la competitividad y la identificación con una imagen paterna inalcanzable, se incrementa notablemente el riesgo de sufrir una descompensación fóbica. Gatto habla señalado, al igual que Bond, que toda persona que tiene deseos de volar ha tenido originariamente un temor básico al vuelo.

Es muy difícil predecir qué pilotos sufrirán la fobia al vuelo. Un sujeto con adaptación lábil puede volar satisfactoriamente durante años y jubilarse en dicha actividad si tiene suficiente suerte como para estar rodeado de buenas condiciones sociolaborales y familiares y sin emergencias en vuelo que deterioren sus defensas. En cambio, pilotos aparentemente estables pueden descompensarse en su actividad rutinaria si se los expone a eventos respecto de los cuales su psicopatología latente los hace vulnerables. "Parte de esta explicación yace en la simbolización sexual del vuelo y sus elementos agresivos. En los pilotos contrafóbicos, la agresividad encubierta y las gratificaciones sexuales inconscientes aportadas por el vuelo pueden aproximarse demasiado a la conciencia y producir síntomas fóbicos durante el proceso de establecimiento de nuevos esquemas defensivos" (2).

En definitiva, para el establecimiento de una fobia al vuelo no es suficiente la presencia de un intenso factor desencadenante; hace falta que la motivación aeronáutica del piloto esté fundada en mecanismos defensivos contrafóbicos.

c) Síndromes de pérdida objetal - depresión. Muchas de las "fatigas" de vuelo que alegan los pilotos no obedecen al mecanismo etiopatogénico del agotamiento operacional psicofisiológico sino que son el resultado de un derroche energético provocado por determinado sistema defensivo de su personalidad, en particular el que Reinhardt (3) describió como "compulsive flyer". Dicho exceso de gasto necesario para compensar la angustia aeronáutica puede llevar paulatinamente a la pérdida de la vocación y a la depresión consecuente.

Digo (4) distingue entre las formas astenocaracteriales y las ansiofóbicas. Las primeras serían consecuencia de un deterioro progresivo y un incremento de la fatiga de la cual los sujetos no logran recuperarse. Los síntomas incipientes consisten en trastornos del carácter, impulsividad, hiperemotividad, bajo umbral de tolerancia, etc., que en principio sólo se manifiestan en el marco familiar, pero que pueden también presentarse en el cockpit y distorsionar las relaciones interpersonales y la crew coordination al punto de poner en peligro las operaciones. Es muy importante, por lo tanto, que el piloto tome en cuenta los cambios que eventualmente pueda sufrir en su carácter a los efectos de buscar ayuda especializada.

Las formas ansiofóbicas más bien tienen que ver con una personalidad premórbida ansiosa e inestable. La suma de pequeñas frustraciones va constituyendo un cuadro depresivo que muchas veces puede llevar a la descompensación neurótico, y excepcionalmente al suicidio cuando entran en juego mecanismos defensivos regresivos frente a pérdidas objetivas importantes (en uno de los casos de suicidio comentado, el factor desencadenante fue la muerte de un hijo). La personalidad de base es determinante, no obstante. Otro antiguo comandante, al que no sólo se le murió un hijo, sino los dos, uno de ellos en accidente de aviación (también era piloto), y a pesar de tener además una importante patología cardíaca, por la cual volaba con dispensa, presentaba, no obstante, su motivación y sus mecanismos defensivos inalterados, fruto de una personalidad armónica y una estructura de base sin defectos perceptibles.

d) **Caracteropatías.** Quizá sea éste uno de los aspectos más delicados de la psicopatología aeronáutica, debido a que, como bien advierte Digo (5), estas personalidades suelen pasar desapercibidas tanto en los exámenes de admisión como de control, y, sin embargo, son propensas a cometer errores y provocar incidentes y accidentes graves. Los rasgos de personalidad caracteropáticos son estables y enquistados en su estructura, y presentan problemas de diagnóstico muy serios por la ausencia de síntomas psicopatológicos. Estas personalidades abundan entre los pilotos de aeroclubes y los aeroaplicadores, en el primer caso porque hubo una gran laxitud en la selección y en el segundo porque las características de la tarea de fumigación los estimula a desarrollar esos rasgos si todavía no estaban manifiestos. La OACI no recomienda ninguna de las clasificaciones de las "personalidades psicopáticas" y deja en libertad a los expertos de cada país adherente, a los efectos de que utilicen la que consideren más apropiada a las características, idiosincráticas de cada cultura, pues, precisamente, muchas de estas personalidades son propias de determinada subcultura. Por ejemplo, el "chanta", el "canchero", el latín lover, el "macho" (nomenclatura adoptada en USA sin traducción), son caracteropatías no extrapolables a otros medios socioculturales. Por lo general se trata de personalidades con estructura narcisística y carácter histeroparanoide.

Por otra parte, en estos casos se plantean severas dificultades terapéuticas y de control, debido a la total falta de conciencia y autocrítica de estas personalidades (6), lo que las hace ser renuentes a todo tipo de intento en ese sentido. En estos casos la detección precoz a los efectos de evitar que progresen en su psicopatología y en su carrera aeronáutica es imperiosa. Esta detección suelen hacerla los propios instructores de los aeroclubes, aunque no siempre la comunican a los expertos por razones diversas, por lo general condicionados por su propia necesidad de acumular horas de vuelo para pasar de categoría o por razones económicas, por lo que siguen "dándoles pala", a los alumnos que a priori saben que van a andar mal.

7. El accidente de aviación por Temor de pilotaje puede interpretarse como síntoma de la desadaptación secundaria al vuelo. Galle-Tessoneau (7) sostiene que ciertos incidentes (y para que éstos se transformen en accidentes no hace falta más que la participación de cualquier factor aleatorio) pueden ocurrir en un contexto de problemas asociados a manifestaciones asténicas (fatiga),

ansiosas, depresivas, de problemas caracterológicos y de rendimiento, profesional. "El accidente toma así el sentido y la significación de un síntoma de inadaptación aeronáutica".

Tal como fueron descritos en el capítulo II, los accidentes de la aviación comercial analizados efectivamente- se produjeron en un contexto de -desajustes conductuales y caracteriales que dejan muy pocas dudas respecto de la veracidad de esta hipótesis. Un accidente de aviación no suele ser un episodio aislado e imprevisible; siempre o casi siempre se presenta como la consecuencia de un proceso de descomposición del equilibrio y de descompensación psicofisiológica y comportamental. Definitivamente, podemos afirmar que un accidente puede ser la consecuencia de un proceso de desadaptación secundaria al vuelo de su tripulación, que por diversos motivos desdeña las normas de seguridad establecidas.

8. Probablemente la "caracteropatía aeronáutica" más popular y peligrosa en nuestra aviación comercial es la que se denomina "macanudismo ". Se trata de una ostensible desadaptación secundaria al vuelo que suele adquirir características sociales y hasta institucionales que amenazan y hasta aniquilan las normas de seguridad de vuelo. En nuestra casuística podríamos incluir decenas de accidentes e incidentes producidos por esta relajación de la disciplina aeronáutica. Esta relajación de la disciplina es producto de una desadaptación caracterial que se asocia por lo general a un exceso de confianza en sí mismo por parte del piloto y a la negación de los riesgos de su actividad, todo lo cual deteriora su profesionalismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Morgenstern, A. Fear of flying and the counter-phobic personality. *Aerospace Medicine*, Apr. 1966.
2. Ibidem.
3. Reinhardt, R. F. The compulsive flyer. Op. cit.
4. Digo, P- J. *Psychiatrie et aviation*. EMC-Psychiatrie, Paris, 5-1982.
5. Digo, R. J. Ibidem.
6. Crane, J. *Memory in Flight*. Approach, May 1982, p. 17.
7. Hadni, J. C. et Galle-Tessonneau, J. R. *Eléments de psychologie aéronautique*. Ecole d'application du Service de Santé pour l'Armée de l'Air, Paris, 1982, p. 99.