Capítulo undécimo
LA PATOLOGIA DEL EXITO

Los males nunca vienen solos

Debe estar ya perfectamente claro que cuando un empleado alcanza su nivel de incompetencia no puede, ni por un momento más, realizar ningún trabajo útil.

INCOMPETENTE, ¡Sí! OCIOSO, ¡NO!

Esto no sugiere en modo alguno que el ascenso definitivo convierta súbitamente al antiguo trabajador en un vago. ¡Ni muchos menos! En la mayoría de los casos, todavía quie*re trabajar;* aún realiza un gran despliegue de actividad; a veces, cree que está trabajando. Pero en realidad se consiguen muy pocas cosas de verdadera utilidad.
Tarde o temprano (generalmente temprano), estos empleados son conscientes de su propia improductividad y se sienten afligidos por ello.

Un paso audaz

Debemos aventurarnos ahora en el campo de la Medicina. Describiré el estado físico a que antes se ha aludido con el nombre de síndrome de colocación final.

Un exhaustivo programa de investigación

A gran número de médicos en ejercicio les fueron hechas las preguntas siguientes:

1. «¿Qué condiciones físicas considera usted más comúnmente asociadas con el éxito?»[1]
2. «¿Qué consejo o tratamiento daría usted a los pacientes del grupo éxito?»

UN INFORME ALARMANTE (I)

Comparando las respuestas de los doctores, encontré que entre sus pacientes en situación de «éxito» eran comunes las siguientes dolencias:

1. úlceras pépticas
2. Colitis espástica
3. Colitis mucosa
4. Hipertensión sanguínea
5. Estreñimiento
6. Diarrea
7. Micción frecuente
8. Alcoholismo
9. Exceso de apetito y obesidad
10. Inapetencia
11. Alergias
12. Hipertensión
13. Espasmos musculares
14. Insomnio
15. Fatiga crónica
16. Soplos cardíacos

[1] Lo que el sociólogo o el médico corrientes ¡laman «éxito», el jerarquiólogo lo califica como *colocación final*.

17. Otras afecciones cardiovasculares
18. Jaquecas
19. Náuseas y vómitos
20. Abdomen blando y doloroso
21. Vértigos
22. Dismenorrea
23. Otofonía (ruidos en los oídos)
24. Sudoración excesiva de manos, pies, sobacos u otras zonas
25. Dermatitis nerviosa
26. Impotencia sexual

Todas estas dolencias son típicas del éxito y pueden presentarse sin la existencia de ninguna enfermedad orgánica.
Comprendí, y ahora también, usted podrá comprenderlo, que esos síntomas indican la incompetencia constitucional de los pacientes para el nivel de responsabilidad que han alcanzado.

ESTUDIO PROFUNDO DE UN CASO.
Por ejemplo, T. Algiandía, vicepresidente encargado de la sección de ventas de la «Compañía de Máquinas de Oficina Atlas», se ve frecuentemente en la imposibilidad de asistir a la reunión semanal de ejecutivos de la Compañía a causa de una violenta jaqueca que se presenta regularmente los lunes a la una y media de la tarde.

ESTUDIO PROFUNDO DE OTRO CASO.
Debido al delicado estado de su corazón, C. Ardiáquez, presidente de «Rodamientos y Engranajes de Precisión, S. A.», se halla permanentemente protegido por su personal de cualquier noticia que pudiera excitarle o irritarle. Carece de control real sobre los asuntos de la Sociedad. Su función principal es leer brillantes informes sobre la marcha de la Sociedad en las convenciones anuales.

RECUERDO ESTA IMPORTANTE DEFINICIÓN.
Las dolencias que he citado, y que generalmente se presentan en combinaciones de dos o más, constituyen el síndrome de colocación final[2].

UN INFORME ALARMANTE (II)
Desgraciadamente, *la profesión médica no ha reconocido hasta el momento la existencia del síndrome de colocación final.* De hecho esa profesión ha manifestado una glacial hostilidad hacia mi aplicación de la jerarquiología a la seudociencia de la diagnosis. ¡Pero la verdad resplandecerá! El tiempo y el crecientemente tumultuoso orden social arrojarán inevitablemente luz sobre el particular.

Tres errores médicos (a)
Los pacientes del síndrome de colocación final racionalizan frecuentemente la situación: pretenden que su incompetencia ocupacional es el resultado de sus afecciones físicas. «Si lograra librarme de estas jaquecas, podría concentrarme en mi trabajo.»

[2] Para un medio infalible de distinguir el síndrome de colocación final del síndrome de seudoconsecución, consúltese el capítulo V.

0, «si pudiera normalizar mis digestiones ... »
0, «si pudiera dejar la bebida ... »
0, «si pudiera dormir bien una noche ... »

Algunos médicos, según revela mi investigación aceptan esta racionalización y atacan los síntomas físicos sin tratar de descubrir su causa.
Este ataque se realiza mediante medicación o mediante procedimientos quirúrgicos. Cualquiera de los dos medios puede proporcionar un alivio temporal, *pero sólo temporal*. Al paciente no se le puede dotar de competencia administrándole medicinas, y no existe un tumor de incompetencia que pueda ser extirpado con el bisturí. Los *buenos consejos* son igualmente ineficaces.

- «Tómeselo con calma.»
- «No trabaje tanto.»
- «Aprenda a relajarse.»

Estas sugerencias son inútiles. Muchos pacientes con síndrome de colocación final se sienten dominados por la ansiedad porque saben perfectamente que están haciendo muy poco trabajo útil. No es probable que pongan en práctica ninguna sugerencia de que hagan menos todavía.
Otro sistema inútil es el de *filósofo amistoso:*

- «No trates de resolver todos los problemas del mundo.»
- «Todo el mundo tiene dificultades. Las tuyas no son peores que las de los demás.»
- «Es lógico que a tu edad tengas ese tipo de problemas.»

Pocos pacientes de síndrome de colocación final son susceptibles a estas indicaciones. La mayoría de ellos están concentrados en sí mismos: manifiestan escaso interés por la filosofía o los problemas ajenos. Sólo tratan de resolver los problemas de sus puestos de trabajo.
A menudo, se recurre a las amenazas:

- «Si sigue usted así, terminará en el hospital.»
- «Si no disminuye su ritmo de trabajo, va a sufrir un ataque realmente grave.»

Es inútil. El paciente no puede evitar «seguir así». Lo único que cambiaría su forma de vida sería un ascenso, y no lo obtendrá porque ha alcanzado su nivel.
Otra clase de consejo muy utilizada es la *exhortación de sacrificio*.

- «Póngase a régimen.»
- «Beba menos.»
- «Deje de fumar.»
- «Renuncie a la vida nocturna.»
- «Modere su vida sexual.»

Esto suele ser ineficaz. El paciente de síndrome de colocación final se halla ya deprimido porque no puede encontrar placer en su trabajo ¿Por qué va a renunciar a los pocos placeres que tiene fuera del trabajo?
Además, muchos hombres piensan que existe una cierta aura de competencia asociada con la entrega a placeres corporales. Se refleja esto en frases tales como, «tiene un apetito

maravilloso», «es un gran mujeriego», y «sabe beber». Una alabanza de éstas es doblemente grata para el hombre que tiene pocos motivos de ser alabado; se mostrará reacio a renunciar a ello.

Tres errores médicos (b)

Un segundo grupo de médicos, al no encontrar ninguna lesión orgánica en un paciente de síndrome de colocación final, tratarán de convencerle de que *¡sus síntomas no existen!*
«En realidad, no tiene usted nada. Tómese estos tranquilizantes.»
«Deje de pensar en usted mismo. Esos síntomas son imaginarios. Son sus nervios.»
Naturalmente, esta clase de consejos no produce ninguna mejoría duradera. El paciente *sabe que está sufriendo,* lo admita o no el médico.
Una consecuencia que se da con frecuencia es que el paciente pierde la fe en el médico y acude a otro, buscando alguien que «comprenda mejor su caso». Tal vez llegue a perder por completo la fe en la medicina ortodoxa y empiece a consultar a curanderos seudomédicos.

Tres errores médicos (c)

Tras el fracaso de la medicación y la cirugía, se acude a veces a la sicoterapia. Esta raras veces da resultado, porque no puede producir ningún efecto en la causa originaria del síndrome de colocación final, que es la incompetencia vocacional del paciente.

Una dotación de sentido

Mí estudio demuestra que el único tratamiento que proporciona algún alivio al paciente de S.C.F. es la terapia de distracción.

- «Aprenda a jugar al bridge.»
- «Empiece a coleccionar sellos.»
- «Dedíquese a la jardinería.»
- «Aprenda a cocinar al aire libre.»
- «Pinte cuadros.»

Característicamente, el doctor percibe la incapacidad del paciente con respecto a su trabajo, y, procura desviar su atención hacia algo de lo que sea capaz de realizar.

Figura 21. F. Cubas se pasaba las tardes en su club

UNA REVELADORA HISTORIA CLÍNICA.

F. Cubas, ejecutivo de unas Galerías comerciales, se pasaba todas las tardes en su club, en vez de volver a su despacho. Avanzado caso de S.C.F., Cubas era casi un alcohólico, había sobrevivido a dos ataques coronarlos leves, era extraordinariamente obeso y crónicamente dispéptico.

Por consejo de su. médico, comenzó a practicar el golf. Llegó a sentir verdadera obsesión por el juego, le dedicaba todas sus tardes y la mayoría de sus energías, y fue haciendo rápidos progresos hasta que sufrió un ataque fulminante mientras conducía el vehículo eléctrico que utilizaba para desplazarse por el campo de golf.

La cuestión a destacar es que, aunque sus síntomas no resultaron aliviados, Cubas había sido transformado de un caso de S.C.F. en relación a su trabajo -puesto que éste ya no le preocupaba-, ¡en un simple caso de síndrome de seudoconsecución en relación al golf! El tratamiento, por tanto, fue eficaz.

Los médicos que dan este tipo de consejo parecen comprender, aunque vagamente, el papel patogénico de la incompetencia; tratan de procurar al paciente una sensación de competencia en un campo no ocupacional.

Un signo siniestro

Una última observación acerca del síndrome de colocación final: tiene una creciente importancia sociológica, debido a que sus afecciones componentes han adquirido un elevado valor de posición social. Un paciente de S.C.F. presumirá de sus síntomas; demostrará una perversa especie de competencia para desarrollar una úlcera mayor o un ataque cardíaco más grave que ninguno. de sus amigos. De hecho, es tan elevado el valor de la posición social del S.C.F. que algunos empleados que no tienen ninguna de sus afecciones llegarán a simularlas para crear la impresión de que han conseguido la colocación final.