

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SALAMANCA

EL ENFERMO Y LA SENSIBILIDAD DE SU TIEMPO

DISCURSO INAUGURAL
DEL AÑO ACADÉMICO 2011

por el

Ilmo. Dr. D. Luis Carlos Tejerizo López
Académico de Número



SALAMANCA, 2011



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN

Printed in Spain. Impreso en España
Depósito legal: S. 32-2011

GRÁFICAS CERVANTES, S.A.
Ronda de Sancti-Spíritus, 9-11
37001 SALAMANCA

*A Laura, mi hija
En el póquer del hogar, la reina de corazones*

*“Donde hay esperanza hay vida;
donde hay tiempo hay belleza”
(El autor)*

Excmo. Sr. Presidente, de la Real Academia de Medicina,
Mi querido maestro don Luis,
Excmas. e Ilmas. Autoridades,
Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos,
Ilma. Sra. Académica profa. Carmen Sáenz González
Señoras y señores

Mi discurso de ingreso en esta Real Academia, “Medicina. Compromiso profesional. Bases filosóficas”, me introdujo en el intrincado mundo médico, con bases hipocráticas. Después, mimesis que espero entiendan, me escoré del lado del enfermo, universo más fascinante y comprometido. Inicié una trilogía de la que hay publicada las dos primeras partes: “El don médico de sí. Verismo. Veracidad. Verdad” y “El enfermo llama siempre tres veces”. Este discurso que inaugura, con más modestia y menos alcurnia que otros años, el Curso Académico 2011 de la Real Academia de Medicina de Salamanca, no es la tercera parte de la citada trilogía, sino la primera sugerencia de la misma, la cual verá la luz en el próximo mes de marzo, con el mismo título e intención que este discurso:

“El enfermo y la sensibilidad de su tiempo”. Aguanten el discurso y espero luego toleren el libro. Gracias.

Dice Esquirol que *tiempo* y *vida* son nombres de algo finalmente inabarcable pues –para decirlo de algún modo– lo mismo que la *vida* está destinada más a ser vivida que a ser conocida, igual ocurre con el *tiempo* (1). Con cierta osadía, en la que me han ayudado otros autores a citar, este discurso –y el posterior libro– identifican *tiempo* y *vida*, porque convendrán conmigo en que *el fluir del tiempo* es metonimia de *el torrente de la vida*.

Escribe, el mismo Esquirol, que “hay experiencias que podríamos vivir y probablemente no viviremos nunca, como por ejemplo, la de permanecer durante largos años en el desierto. Pero hay otras experiencias por las que inevitablemente tendremos que pasar de un modo u otro, porque forman parte de la condición humana” (1). Hay dos experiencias ineludibles. Una, inconsciente, es el nacimiento. Otra, en el horizonte, es la muerte. Entre ambas cruzan las “imágenes” que ustedes quieran, pero hay dos posibilidades, más que probables y, desde luego, plausibles, que invadirán nuestro *tiempo*, más ahora con el aumento de la esperanza de vida, y que consideraremos inevitables: la vejez y la enfermedad.

Vamos a ocuparnos del cruce enfermedad y ser humano, que no a otra realidad llamamos enfermo. Vamos a ocuparnos, no tanto de ¿cómo es el *tiempo del enfermo?*, aunque demos esa impresión, sino ¿qué nos dice de la *vida la experiencia que del tiempo tiene el enfermo?*, lo que nos

llevará sin solución de continuidad a conocer “eso” que denomino *sensibilidad del tiempo del enfermo*.

De las tres metáforas que Ginés Llorca (2) sugiere de la enfermedad –léase a efectos de este discurso, enfermo–, nos interesa “la enfermedad como desafío”, otrosí, “el enfermo como desafío”, desafío que nos lleva a reestructurar *el tiempo del enfermo*, porque la enfermedad ha fragmentado dicho *tiempo* (3), además de que tal tesitura es una “caída en el *tiempo*” (4), por lo que existe una notable diferencia entre el modo de conceptualizar *el tiempo* el enfermo, y el modo cotidiano, común, de considerar *el tiempo* por parte del hombre sano (5). El desafío consiste en conocer, y bien, *el tiempo* ya experimentado o *tiempo que jamás retorna*, *el tiempo de la esperanza*, una vez conocida la enfermedad, o *tiempo de espera*, y *el tiempo* del sentimiento, la emoción y la lucha, o *tiempo que nos queda* (1).

En un artículo de Ivonne Cunha, ésta cuenta que a una portuguesa en prisión se le hizo una determinada pregunta, a la que ella contestó: “Fuera de la prisión yo pasaba el *tiempo*; aquí el *tiempo* es el que me pasa” (6). Lo mismo le ocurre al enfermo, para quien como a ningún ser humano en otra circunstancia, remedando a Aristóteles, “el *tiempo* es la medida del movimiento según un antes y un después” (7). Nuestro intento es buscar *la sensibilidad del tiempo del enfermo*, que no es más que éste dé adecuada réplica, una vez que conoce *su tiempo fragmentado*, al desafío del *tiempo que jamás retorna*, al reto del *tiempo de espera* y al dilema del *tiempo que nos queda*.

El *tiempo que jamás retorna*, que Esquirol llama “el abismo de la irreversibilidad” (1), es la vuelta atrás con la memoria, ya que en la *vida* es imposible volver atrás. Esto para el enfermo supone un dolor, aún mayor que el que su proceso le pueda causar. Este imposible billete de vuelta, que en principio quisiera comprar pero que luego rehúsa porque aumenta su dolor, es un “imaginario real”, dado que por mucho que olvidemos el pasado, es el pasado el que no nos olvida a nosotros. Por lo tanto, con ese *tiempo* “que no puede repasarse dándole la vuelta” (1), fabrique el doliente un futuro de mediaciones emocionales, en la que la más importante es la de *no aceptar la enfermedad*, sino primero procurar entenderla, para luego lograr entenderla. “Debemos emocionarnos para *entender*, no necesariamente para aceptar” (8). Primera premisa, que quisiéramos convertir en base filosófica, para que el enfermo elabore *la sensibilidad de su tiempo*: no aceptar, ¡jamás!, la enfermedad, buscar la fuerza para entenderla. Difícil pero posible.

Esta última consideración nos conduce, inevitablemente con concisión —que el libro ampliará—, a poco más que enumerar los impactos que el enfermo tiene que asimilar, para en la nómina de *su nueva vida*, dar “registro de entrada al sentido de vivir”, que constituye la segunda premisa en la elaboración pocas líneas atrás citada.

Para ello, el enfermo primero tiene que conocer la naturaleza de su proceso, conocimiento que es una entrada en un *tiempo paradójico* (1), pero “saber” necesario. No nos andemos con rodeos, que el enfermo tiene el derecho a

conocer su enfermedad con todas sus complicaciones e implicaciones, es decir tiene derecho a la *presencia de su presente*. Somos partidarios de que todo enfermo, y su entorno más próximo, sepa el alcance “espacial” de la enfermedad, toda su esencia, lo que podríamos llamar el concepto imagen de la enfermedad. La verdad de ésta, le debe ser comunicada con lenguaje asequible al enfermo. “De este modo, la escucha es activa, puesto a prestar atención en prepararse para dar” (9). Este prepararse a dar del enfermo, está empezando a alumbrar *la sensibilidad de su tiempo*. Hable el médico con pretensión de verdad, única manera de que el enfermo crea en ella, eso que en “El don médico de sí”, llamábamos “el recibir la respuesta del enfermo por parte del médico” (10). “Pero es necesario estar atentos frente a los escollos que son el paternalismo y la indiferencia” (10), por parte del médico. Puesto que éste —el médico— va a ser, a posteriori, inductor con otros, principalmente la familia, acompañante y vigilante del *tiempo del enfermo*, refuerce su empatía, “reduciendo muchas veces lo que permanece misterioso a la dimensión de simple problema” (11), que escrito está por Jacqueline Lagrée. Reconociendo que el enfermo posee, también el derecho a no saber, si el médico sabe manejar adecuadamente el deseo ambivalente del enfermo de saber y de no saber, está ayudando extraordinariamente en el proceso de que el enfermo llegue a ser dueño del *tiempo* de su enfermedad, una tercera premisa de esa *sensibilidad* que perseguimos. Estamos en el terreno de la condición humana, que es una realidad, no una metáfora.

El segundo impacto a asimilar, por parte del enfermo, es saber el pronóstico o esperanza de vida. Es el *tiempo* que queda, a explicar por el médico, y el *tiempo que nos queda*, a concienciar por el enfermo, lo que nos avanza un poco en el discurso, si el auditorio ha estado atento, que son cuestiones a tratar más tarde, pero necesario adelantar ahora.

Consideramos, ahora, “la esperanza de vida” en el contexto del conocimiento de la naturaleza de la enfermedad. Hacer un pronóstico o previsión de lo que va a durar un enfermo, es un ejercicio intelectual, por parte del galeno, tremendamente comprometido. Surge, de nuevo, el tema de la *verdad*, puesto que, como dice Lagrée, “el médico posee, ciertamente, un conocimiento verdadero pero parcial de la enfermedad de su enfermo. No conoce toda su historia (11). En ese “no decir” del enfermo al médico, mentira piadosa que no sabemos si es consciente o inconsciente por parte del enfermo, oscuridad cuya magnitud desconocemos, se fragua la cuarta premisa de la *sensibilidad del tiempo del enfermo*. Es una circunstancia que hace aún más dueño al enfermo de su enfermedad. Es esa oscuridad, en palabras de nuestra ya conocida Lagrée, “cuyos elementos –decisivos para la evolución de la enfermedad– pueden escapársele” (11) al médico, pero “escapan también al enfermo que los ha olvidado, reprimido, desconocido” (11). Parece un guiño mefistofélico, pero la citada oscuridad es una *variedad* del enfermo que, jamás, llega al médico, por lo que en la previsión de la enfermedad nunca serán *verdad*, aunque sean realidad. No olvidemos que la

esperanza de vida, es decir, “el pronóstico es una previsión conjetural” (11), que tanto el enfermo como el entorno que le ayuda no deben convertir en una “predicción que condenará al destino” (11). Puesto que el relato de la enfermedad tiene “un componente cognitivo que no se agrega a la información lógica disponible” (8), en el contexto del pronóstico, que ahora nos ocupa, es difícil dar respuesta a “*el tiempo que nos queda*” y a “*el tiempo de espera*”.

El tercer obús —léase impacto— que recibe en forma de información, por parte del médico, el enfermo, es lo conocido como *calidad de vida*, módulo inseparable de la naturaleza de la enfermedad y de la esperanza de vida. La calidad de vida que le espera, al doliente, es un lenguaje de una extraordinaria importancia. Es “el cómo y no el cuánto”. El enfermo ya conoce, en los términos hasta ahora expuestos, la “lógica de su enfermedad”, puesto que es una dimensión que le ha sido comunicada y, además intuye el *tiempo* que le falta por *tener*, pero ahora añade “cómo” va a ser, a renglón seguido de la dimensión del proceso y de lo que esa dimensión va a durar, la *expresividad* de esta iterada dimensión.

“El interés por la calidad de vida ha existido desde los albores de la humanidad, y muestra de ello la encontramos en las civilizaciones griega, hebrea o romana” (12), me murmura amable al oído mi amigo Paco Lozano. De todas las definiciones que mi amigo me ha comunicado, me interesa la referida a la pérdida de salud, puesto que de ella nos estamos ocupando, como el “modo de referirse a la

percepción que tiene el enfermo de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento, en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca en su bienestar físico, emocional o social” (12).

Creemos que la *calidad de vida*, captación subjetiva por parte del enfermo de su enfermedad, en cuya construcción colaboran con él fundamentalmente el médico, el círculo familiar y el entorno social, es en sí misma una *sensibilidad* muy importante, como fundamento filosófico de lo que, desde el inicio de este discurso, nos empeñamos en llamar *sensibilidad del tiempo del enfermo*.

Finalicemos la artillería, so pena de mermar más aún la maltrecha biología de nuestro sujeto. El último impacto que sufre el enfermo. Nos referimos al tratamiento, ligado íntimamente a la calidad de vida y la esperanza de la misma. Informar al enfermo (afecto) de la terapia a seguir, de los efectos que puede conllevar, y conlleva, y las posibilidades de que el tratamiento cure la enfermedad. Además, si la curación se vislumbra difícil, remarcar los efectos sobre la calidad de vida *–el tiempo que espera–* y sobre la esperanza de vida *–el tiempo que nos queda–*.

Comunicar la terapia al enfermo es una tarea compleja, pues viene a completar la *verdad*, la fase en la que el enfermo cree en verdad al médico. Puesto que el enfermo, un ser humano que ha pasado del silencio de sus órganos al grito de Munch, del sosiego a la omnisciencia del espanto, habremos en quedar que su opinión, su predisposición y su

inteligencia nos serán de enorme utilidad. ¿Qué lenguaje emplear para expresar la dimensión de este cuarto impuesto”. Montaigne dice: “¿y por qué quién se expresa con toda claridad, en todo lo que dice y escribe, no encuentra en este terreno manera de declararse que no incurra en la duda y en la contradicción” (13). Y Quintiliano sentencia: “La doctrina crea la dificultad” (14). Habrá que recurrir, más que a otro apoyo, a la experiencia, porque “la alteridad y la alienación de la vida inéditas impuestas por la enfermedad son ya razón suficiente para que se le añada lo menos posible, para mantener un discurso cálido para cada persona en particular y corregir ese déficit” (11).

Igualemos discurso cálido con experiencia. Sea, la muestra, una palabra redentora, puesto que, como dice Paricio Aucejo, “cuando más exultante es la vida tanto más absurda resulta la idea de perderla” (15). El deber humano del médico es deber de ayuda, que debe manifestarse, oscilando entre la amabilidad y la crudeza, en la comunicación del tratamiento, esta última expresada contundentemente por Lagrée: “El acto médico constituye una violencia contra otro legitimada por la eficacia terapéutica” (11). Esa crudeza –expresada por Lagrée con el término más “agrio” de violencia– puede, como ya dijimos, transformarse en arte “de equilibrio balanceado”, si pactamos con el enfermo. “Esta violencia legítima y aceptada del consentimiento a los medios se banaliza con facilidad” (11). Remedio: “el equilibrio del lenguaje de la belleza” (16). Si así lo hacemos, esta violencia será “contrarrestada con una palabra y con una escucha que le devuelvan al paciente, en

primer lugar frente a si mismo, su *status* de sujeto” (11), un *status* de que creemos que delante de nosotros late una inteligencia. En un juego hábil de gestos, ademanes y palabras, iremos de la *veracidad* –la realidad incuestionable de la enfermedad– a la *verdad* –la esencialidad de que el enfermo cree en nosotros, porque nosotros hemos confiado y apoyado en él–.

Y surge la *crisis* que es, en realidad, el momento del *transcurso del tiempo* en que el enfermo debe comenzar a “cocinar” *la sensibilidad de su tiempo*. Porque en el momento de estallar la *crisis* –nunca mejor expresada que con el ¿por qué yo?, del enfermo–, el conocimiento de la esencia de la enfermedad, saber como será la calidad de vida, la esperanza de vida y las opciones terapéuticas, eso que hemos denominado cuatro impactos, son ya *tiempo que jamás retorna* –el abismo de la irreversibilidad de Esquirol (1)–.

Ese *tiempo*, que es el primer eslabón de la *sensibilidad* a alcanzar, es ya un para siempre y nunca más. En la *crisis*, cuyo primer componente es ese *tiempo que jamás retorna*, ese “nada es ya lo que entonces era” (1), para que sea un módulo filosófico de *la sensibilidad del tiempo del enfermo*, por arduo que parezca, tiene éste que reconocer que “el más profundo, inexplicable y misterioso encanto se halla, tal vez, en lo irreparable del “Hado” (17) “La *crisis* o instante decisivo es, así, el momento del discernimiento, del juicio y de la decisión; pero antes es la experiencia de un desequilibrio, de un mal que se trata de comprender y de corregir” (11).

La *crisis* o paroxismo después del conocimiento de la enfermedad, es en realidad una situación de inexpresividad. El yo del hombre se estremece y ese temblor desvía sus ojos de la correcta lectura de la vida. Es un trueno imperativo, tiránico, críptico. Es querer seguir oyendo sin oír. “Habló con una boca que yo no era boca, habló con un hálito que yo no era un hálito, pronunció un discurso que ya no era discurso” (16). Esto es la *crisis*. Esto es, para el enfermo, el grito de Munch.

En la *crisis*, concepto muy importante expresado por el filósofo del pensimismo, Cioran, es tal vez el momento en que el enfermo conciencia, por primera vez, lo que es la salud. Es doloroso, pero es cierto. Leamos a Ciorán: “La buena salud siempre defrauda... no cuenta en ella la experiencia de lo terrible, la única que concede alguna densidad a nuestras palabras, como tampoco con la imaginación del infortunio, sin la cual nadie puede comunicar con esos seres separados que son los enfermos; cierto es que, si contara con ella, dejaría de encontrarse bien” (4).

La salud hace del hombre “un ser neutro hasta la abdicación” (4). Hasta ahora la salud significaba silencio y, después, el relámpago y el trueno. “Mientras permanece en ella, es semejante a los objetos; en cuanto se ve alejado de ella, se abre a todo y lo sabe todo: omnisciencia del espanto” (4).

Para nosotros, la *crisis* surge después de la unión de los cuatro impactos que, condensados, son ya para el enfermo *el tiempo que jamás retorna*, y la concienciación de

la salud, que se ha perdido, en el momento en que “la enfermedad, carne que se emancipa, que se rebela y quiere dejar de servir, es la *apostasia* de los órganos (4). “Como todo factor de desequilibrio, la enfermedad desentumece, fustiga y aporta un elemento de tensión y conflicto” (4). Con la *crisis* entramos en el status de “ser enfermo” y, en la misma se producen una serie de fases, muy similares a las que acontecen en el duelo por la muerte. Veamos cuales son.

Primero es el dolor de la quemazón, el momento de *negar el mal*, que dice Llorca Ramón (2), aunque paradójicamente, en el nivel de lo sensible, en la esencia lógica del ser humano, se hace visible la Idea del Mal de Platón. “En primer lugar es el choque, el estupor, la negación de la realidad: ¡no es verdad! ¡No es posible! Quizás haya un error en los exámenes” (11). El estupor, el sonido de un grito desgarrador, se cubre de una oscuridad rica en sombras: no quiere, el enfermo, estar enfermo.

Segunda fase de la crisis. “Vienen a continuación el desmoronamiento, el sentimiento de impotencia total ante la enfermedad que hace volver angustias pasadas y reprimidas” (11). Es la etapa de la *precariedad*, fase en la que comenzamos a digerir lo que es la enfermedad. El enfermo mira y la enfermedad “nos muestra y muestra lo que es”. Tal vez sea la omniscencia del espanto de Cioran, lo que es seguro es que es una fase en la que el enfermo, tal vez por agotamiento anímico, duda poder seguir adelante. Pero debe seguir y seguirá.

Surge luego, tercera fase, “la indignación, el sentimiento de injusticia o su correlato inverso, la culpabilidad” (11). Voy a sacar de contexto, como cinéfilo, una frase de Cabrera en su libro “Cine:100 años de filosofía”: “El fuego, además de respirar, comer y odiar, también define” (8). Pues bien, esta es la *fase del fuego de la enfermedad*, con la posible conciencia por parte del enfermo de que este fuego ha sido provocado, lo que se acompaña también de conciencia de pecado, de falta. Se derrumba la soberbia, en la inmensidad del sentimiento de culpabilidad y de responsabilidad en el proceso.

Aparece, “por último, el tiempo de negociación con la enfermedad, con uno mismo, con los allegados; este es el momento de la reevaluación de los valores dominantes para la vida: el trabajo, el dinero, el amor, el poder, la familia, la inteligencia, el pensamiento... Es también el momento decisivo que precede al sosiego con uno mismo y con la enfermedad. La enfermedad grave o crónica impone hacer un duelo con los deseos de impotencia, renegociar los objetivos vitales, comprender que una vida enferma es una vida adaptada de otro modo y no una vida reducida. ¡Hasta tal punto es grande para el hombre el campo de lo posible!” (11). Esto si que es, ya, *sensibilidad en el tiempo*.

La *crisis* hace comprender que la enfermedad no es un fracaso, es una nueva dimensión de la vida, un nuevo y distinto *tiempo*, en el que aparece una *distinta sensibilidad*. “Yo soy yo y mi circunstancia”, frase ya conocida de Ortega y

Gasset. La enfermedad roba, de alguna manera, el yo al ser humano y le deja en la nada. El enfermo “es nada, salvo sus circunstancias”. La enfermedad, pues, relega al enfermo a la nada, quedándose ella como única circunstancia. Pero lejos de hundir al doliente, debe surgir una rebelión, un combate para recuperar de nuevo el yo, que emergerá, como veremos, en un *nuevo tiempo*, sin dejar ser propio e íntimo.

José Comas, periodista de *El País*, describe de manera elocuente, no exenta de ironía, ese combate, en un libro que recomiendo “Crónica del linfoma”. Advierta el oyente que no escribió “de un linfoma”, porque entendió que su combate podía ayudar a otros, en similares circunstancias. Como si se quisiera apartar de su enfermedad.

“LOS MÉDICOS HAN DIAGNOSTICADO en Berlín que José Comas, de 60 años, corresponsal en Alemania del periódico español *El País*, padece un linfoma de tipo maligno que responde al nombre de *No Hogkin*. Se trata de “una afección en la cual se forman células cancerosas en el sistema linfático”, según la definición del *National Cancer Institute* de Estados Unidos.

Tanto Comas como *No Hogkin* se encuentran en perfecto estado de ánimo y dispuestos para darse de hostias en una pelea como incierto desenlace. Se trata de un combate en el que vale todo, sin que tengan vigencia las normas de la Convención de Ginebra. Por este motivo Comas está dispuesto a atacar a *No Hogkin* con armas químicas” (18).

“Soy hijo y nieto de asturianos y no pienso rendirme”. No soy tan ingenuo como para ignorar que No Hogkin puede ganar la pelea. Favila, el hijo de Don Pelayo, se peleó con el *osu* cerca de Cangas y ganó el plantígrado. Espero que en este caso las cosas vayan de otra forma y el *osu No Hogkin* salga derrotado de este lance” (18).

Con estas confesiones de Comas, damos fin a la *crisis* que se produce en el enfermo, a la que ya nos hemos referido, dejando atrás “*el tiempo que jamás retorna*”, *crisis* con cuatro mediaciones que, cada una con razones y fundamentos propios, han fabricado la primera parte de *la sensibilidad del tiempo del enfermo*. Sigamos, pero ya con la mirada en el horizonte.

Iniciemos el camino hacia ese horizonte con *el tiempo de espera* al que, “con sentido y promesa” (1), podríamos poner el epíteto de *el tiempo de la esperanza*. Ana Lorite, esposa de José Comas, prologó el libro-crónica de su marido. El la comunicó que “tengo algo muy malo... pero tu no te preocupes, que no me muero todavía” (19). Ana escribió: “No era inmediatamente mortal pero la supervivencia era de unos cuatro años. ¡AÑOS! ¡AÑOS! ¡AÑOS! Esto significaba tiempo y el tiempo era esperanza” (19).

Buena definición de lo que, ahora, queremos explicar. Pero antes, especifiquemos. Aunque la cita de Lorite pueda ser válida, la esperanza del *tiempo de espera* difiere, sustancialmente, de la esperanza de *el tiempo que nos queda*. *El tiempo de espera* lo referimos a procesos graves, incapacidades, etc.

que tienen una buena esperanza de vida, es decir, en aquellos procesos que no llevan a la muerte y bien se curan, o bien conducen a la cronicidad. En *el tiempo que nos queda*, la esperanza de vida suele tener la misma duración que dicho *tiempo*, pero aún en esta situación más aciaga, siempre hay esperanza, que es a la que se refería Ana Lorite.

En cualquier forma, la esperanza acompaña, como elemento de *sensibilidad*, a ambos tipos de *tiempo*.

La espera, en sí misma, es *tiempo*. La esperanza, acompañando a ese tiempo, es una emoción, un sentimiento, incluso, con *el transcurso del tiempo*, un hábito de vida. *El tiempo de espera* está magníficamente representado en el libro de Norman Cousins, "*Anatomía de una enfermedad*" (20). El autor, el enfermo Cousins, no en vano subtitula el libro con el sugerente epíteto "o la voluntad de vivir". Esa es la lucidez o la figura ontológica de la vida del enfermo: la voluntad de vivir. Cada día, con una nueva y diferente luz, es preciso hacer de la vida una virtud, que deriva en la confianza, del enfermo, en que *el nuevo tiempo* se va llenando de *sensibilidad*.

Porque hay decisión y firmeza en las posibilidades de la existencia con la enfermedad a cuestas.

"El tema fundamental de este libro es que toda persona debe aceptar una cierta responsabilidad dentro del proceso de su propia recuperación de una enfermedad o incapacidad. Por supuesto, esta noción de la responsabilidad del paciente no es nueva, pero la filosofía que se halla detrás de esta noción rara vez ha sido mejor argumentada que en

este libro. Si bien el autor no pertenece a la clase médica, sus ideas han logrado una amplia aceptación entre los miembros de ésta. Sus descubrimientos sobre la naturaleza de la tensión y acerca de la capacidad de la mente humana para movilizar los poderes del cuerpo a fin de combatir la enfermedad, concuerdan con importantes descubrimientos realizados en prestigiosos centros de investigación” (21). Hasta aquí, el inicio del “Prólogo”, de René Dubos, en el libro de Cousins. Fijemos nuestra atención en “la naturaleza de la tensión” y en “la capacidad de la mente humana”, conceptos sobre los que volveremos.

Ahora, un breve resumen sobre la enfermedad de Norman Cousins, que le llevó, luego, a escribir un libro. En 1964, después de un periodo de vaga sintomatología, centrada sobre todo en una pérdida paulatina de movilidad en cuello, brazos, manos y piernas, se le diagnosticó una progresiva espondilitis anquilosante, que le llevaría a una incapacidad para la vida autónoma. Le dieron unas escasas probabilidades de recuperación. Después de consultas a distintos especialistas, decidió abandonar el hospital, irse a vivir a un lugar rodeado de “calor humano”, llevar una dieta equilibrada y rigurosa y, basándose en diversos artículos y libros, medicarse solamente con ácido ascórbico. Acabó recuperándose.

Es una delicia leer el libro, que acabo de condensar, pero encierra una maravillosa lección sobre una frase, que leí no sé donde, atribuida al director Stanley Kubrick, y que decía “creo en el hombre y en su capacidad de superación”. Este

libro es una excelente fuente sobre *el tiempo de espera*. Habrá que dar las gracias al autor por su ayuda.

El tiempo de espera. Ya dijimos que *la espera es tiempo*. Esquirol (1) considera en este tiempo tres coordenadas: *espera, esperanza y desesperación*. Discrepo ligeramente. *La espera –tiempo–* es una realidad, bajo mi punto de vista, porque es una forma de *transcurso del tiempo*. *La esperanza y la desesperación*, opino, son emociones derivadas de una realidad, aunque podamos admitir que en *la espera* haya un equilibrio de intensidades entre realidad y emoción. Estoy enfermo –la realidad– y me siento enfermo –la emoción– entran a formar parte en *la espera*.

El tiempo de espera, en eso si estamos de acuerdo con Esquirol, es una forma de exploración de la *temporalidad*, (1) una *temporalidad* cuyo horizonte, el enfermo vislumbra positivo, pero con la posibilidad de que sea negativo. En esta *temporalidad* se fabrica la nueva situación que la enfermedad ha provocado, con actitud realista que “exige que se contemple la posibilidad de que el propio *tiempo* esté limitado” (5). No esperamos la muerte, necesariamente, pero ahí *está*, lo cual provoca tensión –de cuya naturaleza se ocupa magníficamente Cousins (20)–, circunstancia que remite a la idea de Llorca Ramón de la enfermedad como desafío (2).

La tensión, inmersa en *la espera*, provoca dos efectos: una nueva *percepción del tiempo* y el descubrimiento, del enfermo por ser tal, de que el ser humano encierra en sí la *capacidad de superación*, o mejor expresado, el hombre

aprende a conocer que la enfermedad es una ocasión, entre otros *tiempos* que se cruzan en la vida del ser humano, de aprender “la capacidad de engendrar capacidades”.

La nueva *percepción del tiempo* –primer efecto– conduce al enfermo –ser humano, en cualquier forma– a tomar conciencia de su cuerpo, algo desconocido para él. “La conciencia, en sus comienzos, es conciencia de los órganos. Cuando están sanos, los desconocemos; lo que nos los revela, nos hace comprender su importancia y su fragilidad, así como nuestra dependencia de ellos, es la enfermedad” (4), asevera Cioran. El pesimismo de Cioran, que puede ser cierto pero que deseamos no inunde al enfermo, le lleva a afirmar “que cuanto más aumenta la conciencia gracias a nuestros malestares, más libres deberíamos sentirnos. Lo que ocurre es lo contrario. A medida que se acumulan nuestras enfermedades, nos vemos a merced de nuestro cuerpo, cuyos caprichos equivalen a órdenes” (4).

La *percepción del tiempo* ayuda en el sentido de que *el tiempo*, como afirma Dossey (5), puede ayudar a curar el proceso morbozo, lo que a veces ocurre –como le aconteció a Cousins (20)–, pero su fuerza radica en la reestructuración de *la vida* de un ser que entró en *precariedad*, por culpa de la enfermedad. Es el momento de olvidar que “la vida se *nos* acaba” (5), para luchar por saber vivir en esa *nueva dimensión de la vida* que es la enfermedad.

Aceptar el desafío, para aprender a vivir, realidad que probablemente desconocíamos. No se trata de una lucha

“contra una naturaleza”, sino de una lucha para encontrar “una nueva naturaleza”. La primera lucha no sigue la “lógica sujeto-objeto como si la naturaleza fuese una fuerza totalmente exterior y objetiva, contra la que luchamos de manera frontal y nítida” (8). La segunda lucha –encontrar “una nueva naturaleza”– supone descubrir la fuerza descomunal de una “naturaleza herida” –la que genera la enfermedad–, capaz de superar, aunque sea en el dolor, una situación de pavorosa destructividad. “La vida siempre encuentra un medio” (8), comenta el doctor Malcolm en la película “Tiburón” de Steven Spielberg, director de cine a quien Julio Cabrera compara con el mismísimo Francis Bacon, al analizar en las películas de este director “la relación del hombre con la naturaleza” (8).

Si el enfermo es capaz de tomar conciencia de su propio cuerpo –primer efecto de la enfermedad–, y, aceptando el desafío, luchar por “una nueva naturaleza”, *la percepción del tiempo* que encierra la *espera* habrá encontrado un nuevo módulo para que *el tiempo del enfermo* tenga *sensibilidad*.

La tensión de *la espera* tiene un efecto aún más beneficioso que *la percepción del tiempo*, ya que la enfermedad además de ayudar a encontrar “una nueva naturaleza” y descubrir al enfermo los *aspectos temporales* de la vida, provoca en el ser doliente la capacidad del hombre de encontrar nuevas capacidades. Leamos a Cousins:

“¿A que conclusiones me conduce toda esta experiencia?

La primera es que la voluntad de vivir no es una abstracción teórica, sino una realidad fisiológica con características

terapéuticas. La segunda es que tuve mucha suerte de tener a mi lado un doctor que sabía que su tarea primordial era estimular al máximo la voluntad de vivir del paciente y movilizar todos los recursos naturales del cuerpo y la mente para combatir la enfermedad” (20). Enseñar al ser humano, perdón por la repetición, que es posible en una capacidad encontrar otras capacidades.

Permita el lector que llame a esto *elaboración de sensibilidad*, al aludir, como arma principal de construcción de “una nueva naturaleza”, *la voluntad de vivir*, que nosotros hemos llamado, repito, capacidad de descubrir nuevas capacidades. Refiriéndose a su amigo, el doctor Hitzig. Cousins dice: “Tengo el presentimiento de que él creía que mi implicación total en el proceso era un factor de suma importancia para mi recuperación” (20).

Para que *la espera sea tiempo con sensibilidad*, Cousins nos aporta un apoyo sustancial: la implicación total del enfermo.

Al comunicar a un enfermo *su grave enfermedad*, aún aseverándole que su esperanza de vida, salvo imponderables, es más que aceptable, queda sumido en un “ciclo de miedo, depresión y pánico que siempre acompaña a una enfermedad supuestamente incurable” (20). Recordemos la *crisis* del enfermo al conocer su enfermedad. *El tiempo de espera* ha de ser, en la reflexión que ahora nos ocupa, la continuación de las últimas etapas de la *crisis*, aquellas que llamábamos “negociación con la enfermedad” (11) y “reevaluación de los valores dominantes de una vida” (11).

Cousins, así lo ha escrito, *no quiso quedar atrapado* en el ciclo arriba citado y, así lo cuenta, *no quedó atrapado*. Buena definición de la capacidad de superación del ser humano, que hemos incluido en *el tiempo de espera*. Lagrée define el hecho de *una espera* como “el momento en que se dice el sufrimiento del paciente que quiere comprender lo que le ocurre, superar el desequilibrio, recuperar su cuerpo y su disponibilidad del mundo” (11). Georges Canguilhem (22) insiste en que *la espera*, que sigue a la *crisis*, pone a prueba la capacidad de adaptación del hombre.

Causins, no otro tenía que ser, cierra la reflexión de *la espera* (en el *tiempo de espera*) y su ayuda a elaborar la *sensibilidad del tiempo del enfermo*: “Pero en el fondo yo sabía que tenía una buena oportunidad y acariciaba la idea de desmentir las probabilidades” (20).

“La esperanza siempre lo es de lo bueno y del bien” (1), afirma Esquirol, con lo que el *tiempo de espera* entra de pleno en el terreno de las emociones, lo que supone, intuyo, recuerdo y pensamiento. “Recordar y pensar requiere tiempo y silencio” (23).

Entramos en el terreno de la Psicología. Fridja definió el concepto *hedonismo asimétrico* (24), concepto que nos va a ser de extrema utilidad. La razón suele ser tajante y clara, la emoción campa, a menudo, por el terreno de lo irracional, lo que conlleva no pocas veces tintes peyorativos.

La emoción es una situación afectiva de intensa alteración, con manifestaciones de alegría, pesar o ansiedad, lo que deviene en que puede ser una señal de alarma.

El psicoterapeuta Luis Muiño señala que si la alarma –señal de que algo ha ocurrido– se inclina del lado positivo, no precisa de ayuda. No así, si se inclina del lado negativo (25). Esquirol escribe que la esperanza se inclina del lado de lo bueno y el bien (1), y Jankelévitch le replica que la esperanza siempre espera algo concreto (26), que puede ser óptimo o pésimo, y contrarreplica de Esquirol: “a mi me parece que puede haber –y de hecho hay– esperanza de lo indeterminado, esperanza de nada se puede determinar o señalar” (1). Poco después, en el mismo capítulo, hay una “rendición” pequeña de Esquirol que, ignoro por qué, no se atreve a llamar *desesperanza*, que es cosa muy distinta y alejada de la *desesperación*.

Utilizando la ley de la *asimetría* citada, afirmamos que ante la enfermedad –vivencia dolorosa, con capacidad de “dificultar”– la reacción es adaptativa. Para este autor, si la adaptación nos lleva por el lado positivo, que es la *esperanza*, el enfermo crea un medio para mitigar –y si puede fulminar– esa vivencia dolorosa y la capacidad “ingente” que ésta tiene para poner dificultades.

Aparece un nuevo *tiempo vital* que, puesto que puede ser limitado, tenemos de dotar de contenido. Es decir, *la esperanza* lleva al afectado a “luchar” por recobrar –en lo posible– la emoción positiva de la vida, es decir, asentarse –después de la *crisis* tantas veces citada– en el sentimiento óptimo “para atenuar el trauma que suponen ciertos hechos en nuestra vida” (25).

Muñoz no regala una reflexión contundente y esclarecedora: “Los sentimientos positivos en medio de las tragedias surgen en personas que sienten algo por cambiar la situación, es decir, que no pierden el control interno, y en personas que consiguen darle un sentido a lo que está ocurriendo” (25). En este autor me apoyo para aseverar que *la esperanza*, como emoción positiva del *tiempo de espera*, es el módulo filosófico más importante para dar contenido a lo que, reiteradamente hemos denominado “una nueva dimensión de la vida”.

El enfermo, basándose en la idea de Muñoz le tiene que arrancar –aunque sea con uñas y dientes– su sentido a la vida para, después de definir con belleza *la sensibilidad de su tiempo*, ser capaz de lograr esto último, ya que al aceptar “el desafío” –u otra forma de “rebelión”– posee la capacidad de análisis para entender, con cierta lógica, lo que le está pasando.

Una idea de Luc Ferry se pone del lado de *la esperanza*: “Intentemos ver *esto* un poco más de cerca para conferir realidad a una *idea* que es, sencillamente, el pilar que sostiene el edificio filosófico del *humanismo secularizable*” (27) (la cursiva es nuestra). *Esto* es la enfermedad, *la idea* es la esperanza –en la línea de Cousins– y el *humanismo secularizable* suena –como música celestial– a *enfermo* y *la sensibilidad de su tiempo*. Esto pretende ser filosofía escrita y contundente.

Pero en *el tiempo de espera* puede haber *desesperanza* –falta de *esperanza*–. Es la emoción que se inclina del

lado negativo, que si precisa ayuda (25). Pensemos en el “páramo” en el que la salud es una presencia desconocida y la enfermedad una contingencia –alarma– que se inclina del lado de la *desesperanza*, es decir, hacia el lado negativo. Robemos a Muiño sus términos literarios, más precisos y elocuentes que los que nosotros utilizamos. “Los seres humanos nos acostumbramos a la alegría, pero nunca nos acostumbramos a la tristeza” (25).

En el caso de la *desesperanza* la emoción de su imagen nos muestra una verdad y un sentido: el componente pático de esa emoción lleva al enfermo en el sentido de la depresión, que él –y su entorno– deben procurar no caiga en la *desesperación*, que ya es otra cosa.

Fridja (24), y su concepto del *hedonismo asimétrico*, afirma que las emociones no son simétricas, ya que, en la esfera del sentido, las positivas tienen menos intensidad, frente a mayor intensidad de las negativas. He aquí el peligro del enfermo, en el *tiempo de espera*: que caiga del lado de la *desesperanza*.

La *desesperanza* –emoción negativa de la enfermedad– es una inmediatez –o mediatez– que estimula la necesidad humana de buscar un equilibrio (un ¡subidón! que diría un chelí). Si el enfermo se inclina vivamente del lado de la *desesperanza*, el estímulo para salir –estímulo que sigue a la alarma– es la *percepción del tiempo* capaz de dirigir el espíritu de superación (capacidad de adquirir capacidades) hacia el lado lógico o proposicional. Sería “el origen adaptativo del hedonismo asimétrico”: “Las emociones no están

hechas para que seamos felices, sino más bien para que nos adaptemos al medio” (25). Por eso creemos que la *desesperanza*, a pesar de ser emoción negativa, no tiene porqué ser pesimista.

Pensemos que, ante la *desesperanza*, su portador ha de buscar, como sea, los medios para volver a *la esperanza*. “El sistema se activa sobre todo cuando las cosas van mal: entonces produce una *sensación* que nos obliga a *actuar*” (25) (de nuevo las cursivas son de nuestra propiedad). El hilo conductor que obliga a *actuar* es específico de cada enfermo y tiene las características que este le imprime.

Lo importante es que *la desesperanza* no logre que el enfermo pierda el control, para volver a *la esperanza* y no caer en *la desesperación*.

Regresemos a Esquirol, que nos ayuda un poco más en el terreno en el que estamos reflexionando. “La esperanza de lo indeterminado guarda relación con el presentimiento del absurdo que de cuando en cuando nos intimida y es, por tanto, esta *esperanza de sentido*, esperanza en que la última palabra no sea la nada” (1). Más clara y pristina, el agua. La esperanza de lo indeterminado y el presentimiento del absurdo, no otra cosa son que *desesperanza*, y la *esperanza de sentido* es, simple y llanamente, *la esperanza*. Tal vez sobren los circunloquios.

En el *tiempo de espera*, el enfermo desesperanzado vislumbra –aunque esté rodeado de palabras, hechos y personas reales que le ayudan– un horizonte borroso, una *sensación* –recuerden este término– de soledad y alejamiento,

que le nubla la luz de su razón. Hay que actuar —otra vez el término—. Esquirol utiliza cuatro vocablos que nos placen: *energía de la vida* (1).

Otra manera de definir el hilo conductor para salir de la *desesperanza*: “La vida es un tejido de esperas y esperanzas de muy diversas índoles: el enfermo espera reponerse...” (1). Helen, la niña que aparece en “Waterworld”, de Kevin Reynolds —película fallida, aunque aparezca ese magnífico actor que es Kevin Costner—, pronuncia unas palabras que siempre nos subyugaron, porque aplicadas a la *desesperanza*, parecen indicar el hilo conductor hacia la *esperanza*: “No hemos nacido para andar sobre el agua; hemos nacido para andar”.

Nuestra mente divaga y se refugia, para que el enfermo salga de la *desesperanza*, en el principio vital de Anaxímedes, El Aire, principio vital por excelencia, cuya cotidianidad es más tranquilizadora que el agua y el fuego (8). Hagamos “del futuro un porvenir; que es lo que significa tener futuro” (1).

Escribiendo, tal vez de una manera anárquica, creemos que estamos definiendo bien lo que significa la realidad de la *espera*, su *tiempo de espera*, y la lógica “pulsional” de las emociones —*esperanza* y *desesperanza*—, también en el *tiempo de espera*.

Al tiempo que el lector entienda que el enfermo está en una *nueva sensibilidad*, porque sea cual fuese el sino del futuro, nada volverá a ser como antes. Antes de que vuele a lugares recónditos, leamos una reflexión con tintes de

optimismo y nada apologética de Ciorán: “Hasta el respirar sería un suplicio sin el recuerdo o el presentimiento del paraíso, objeto supremo –y no obstante inconsciente– de nuestros deseos, informulada esencia de nuestra memoria y de nuestra *espera*” (28) (cursiva añadida, por interés del autor).

Terminemos, antes de entrar en el terreno de la *desesperación*, intentando resumir el *tiempo de espera*. Escribe Lagrée: “El silencio no es percibido como la respiración de la palabra, sino como el signo de su insuficiencia” (11). Pensamos, y creemos que con lógica, que en el *tiempo de espera*, que sigue a la crisis (*el tiempo que jamás retorna*), es el *tiempo* en que el enfermo, debe romper su silencio y superar su insuficiencia. Encontrar el aire, para andar.

En *el tiempo de espera*, que por motivos de claridad expositiva hemos considerado como *el tiempo* propio del enfermo que tiene horizonte y futuro, puede haber lugar para la *desesperación* (falta de *esperanza*). Claro lo escribe Esquirol: “Que la *espera* es el oxígeno de la vida se pone plenamente de manifiesto al considerar lo que implica la *desesperación*, sumidero en el que se hunde y se ahoga la vida, abismo que aparece cuando, una a una, se han ido perdiendo todas *las esperanzas*” (1).

Aunque la *desesperación* parece etiqueta del *tiempo que nos queda*, propio de enfermos que saben que su enfermedad acaba en el límite de la muerte, y por ello en ese *tiempo* saldrá de nuevo a la luz, en enfermos con horizonte y una buena *esperanza de vida* repetimos, puede haber

lugar para la *desesperación*. Normalmente, creemos, que esta emoción nace de la *duda*, de que la *verdad* [creer en la medicina, que con claridad se expone en nuestro libro “El don médico de sí” (10)] tiene momentos de flaqueza y debilidad.

Factores como los efectos colaterales del tratamiento –algunos dolorosos y “nauseabundos”–, los momentos de recaída en el proceso morbooso –con percepción de corta viabilidad– los momentos –que los hay– de “fijación de su vivencia del tiempo como algo constreñido” (5), la ansiedad, los momentos de miedo con respuestas corporales y anímicas –muy bien descritas en libros de oncología y en libros sobre discapacidades–, la inestabilidad del “humor” que algunos definen “como *defensa* contra el *tiempo*” (5), etc., provocan un peligroso descenso a la *desesperación*.

Mala tesitura que puede conducir a una dinámica psicológica que puede desembocar en muerte prematura (29). Juega aquí un importante papel el *acompañamiento*, que con la energía del enfermo –que ha de saber que no está desahuciado–, puede evitar la *sensación* de pánico y abandono. Utilizar todos los medios posibles. Lo que Dossey (5) define como la “estrategia temporal”, nos enseña que en el *tiempo de espera* se puede salir de la *desesperación*. Dossey (5) expresa, con contundencia, que la *desesperación* “debería ser objeto de tratamiento, radiación o cirugía” (85). “La ansiedad al *tiempo* puede llegar a matar. El mayor índice de mortalidad de los pacientes preocupados por el

tiempo... es un triste recordatorio: la enfermedad del tiempo puede ser fatal” (5).

Dicho lo cual, tal vez con exceso de citas, es preciso que el enfermo, para salir de la *desesperación*, tenga conciencia de lo real, y lo real para él –volvemos a repetir su no desahucio– es algo dado, además de concedido, y razonablemente –firme y confiable (8)– explicado: su proceso, salvo que la malévola parca haga trampas, tiene curación.

El enfermo, en el que nosotros confiamos, es capaz –aún en situación abominable– de retomar su propia vida y, entre lo real e imaginario, volver *al tiempo de espera*, del que tiene que tener clara conciencia.

Robando una expresión, que sacamos de contexto, el enfermo debe ser un personaje que tiene que cultivar su “espíritu filosófico”, con actitud pragmática, frente a la realidad (8). Una manera de volver a las primeras imágenes de la película del *tiempo de espera*, una vez superada la *crisis*.

“Por lo que se ha de luchar contra la *desesperación* para no caer en ella, pues es lo más probable que quien se precipite en tan profundo pozo jamás logre ya salir. Amenaza constante y muy incisiva, *la desesperación* cuenta con poderosos aliados: todas las cerrazones, negruras y debilidades de uno mismo, todos los infortunios y desgracias, todos los males y sufrimientos del mundo. Así que resistirse contra la *desesperación* no es nada fácil: hay que mantenerse firme, lo cual requiere fortaleza y paciencia” (1) (habrá descubierto el lector, que la cursiva es de cosecha propia).

Tantas palabras y tinta empleadas, para que un “barbián”, llamado Esquirol, venga con menos tinta y economía de palabras, a explicar mejor esta emoción del *tiempo de espera* que, como decimos, habrá que retomar en *el tiempo que nos queda*.

Y entramos en el “coto privado” del *tiempo que nos espera*, el tiempo más difícil de conceptualizar. Es el *tiempo*, en este breve ensayo necesariamente esquemático, de los enfermos con un proceso grave, que conocen que su esperanza de vida, con un horizonte impreciso pero cercano, es corta, siendo el límite *la muerte*.

“Hay un sencillo y precioso consejo, desechado de sabiduría práctica, en la *Regla* que escribió san Benito para sus monjes: “Hacer las paces antes de la puesta del sol...” Hacer las paces puede ser perdonar, disculparse, entenderse, darle la mano, abrazarse o dedicar una simple mirada benévola. Hacer las paces es también una manera de dar tiempo al otro” (1).

“Pero, según San Benito, esta acción es oportuno hacerla antes de que se ponga el sol, es decir, antes de que acabe el día; evidencia que nunca deberíamos olvidar que *el día se acaba*, que la vida humana y su *tiempo* son finitos” (1).

En los dos párrafos precedentes queda definido, creo que mejor que la definición que yo pueda aportar, el *tiempo que nos queda*, cuya finitud es la muerte. Es, ésta, un acto de consciencia que necesariamente tiene que admitir, en su *temporalidad*, el enfermo con un tiempo tan limitado “para hacer las paces”. *Sensu scritto*.

Sin duda el testimonio más impresionante y esclarecedor, que podemos aportar para entender *el tiempo que nos queda*, es el libro del periodista José Comas, “Crónica del linfoma” (18), cuyo título, como insinuamos líneas atrás, quiere abstraer la enfermedad, para colocarla en una realidad humana. Si el título hubiera sido “Crónica de un linfoma”, hubiera sido la simple confesión de una condición de individualidad.

En la *fuerza*, que lo es, de *el tiempo que nos queda*, queda patente esta esclarecedora idea de Legrée: “Aunque a menudo sea una desgracia, la enfermedad no es una maldición, y por tanto, hay que aprender a desenredar ese nudo gordiano, a jerarquizar los planos, a situar cada problema –médico, afectivo, asistencial– en su propio nivel” (11).

¿Pueden *realidades* como el conocimiento “consciente” y completo de la gravedad de un proceso, cuya esperanza de vida es como una pirueta macabra, con el inequívoco convencimiento de que la muerte va a ser la solución, constituir un canto a la fortaleza humana, un aleluya a la vida, todo ello en el seno de una paradójica esperanza? Pensamos que sí, y lo pensamos porque la experiencia, esa cosa tan extraña que uno no sabe definir, pero que va ocupando poco a poco la inteligencia, a medida del cumplimiento, cada año, de un año más de edad; porque esa inteligencia, con los ojos del alma –insinuados ya en la obra de Platón– ha sido testigo de que lo que plantea el interrogante que nos precede es una “temporalidad” real, enseña que la respuesta es sí, pero un sí rotundo, que ha surgido, arañando

una idea a Lledó, como “respuesta a la vida que ha ido recogiendo en cada individualidad” (30).

El tiempo que nos queda, hay que reconocerlo, lleva un halo de fatalidad acompañándole. Pero nuestra idea es sugerir, que, en ese *tiempo*, tan conflictivo y desolador, puede surgir la singularidad y el valor de la vida en el individuo con una enfermedad grave, con la etiqueta de un “desahucio” inmediato. La solución, que iremos desgranando como Dios nos da a entender, está en las siguientes palabras de Comas: “Me siento espectador de mi propio mal y espero mantener esta posición hasta donde sea necesario” (18).

El consejo de San Benito “–hacer las paces antes de la puesta de sol...” – tiene que poner a prueba, en el enfermo, su capacidad de amar la vida, de mantener despierta la conciencia de su condición de ser inteligente.

Anda estos días, ocupando esporádicamente el tiempo de la caja tonta, un anuncio con una frase de Sigmund Freud como reclamo. Le preguntaron qué entendía él que era “una persona sana”. El anuncio, que nos creo tan tonto como la caja que lo alberga, nos explica y aclara que el “preguntador” esperaba un largo y prolijo discurso. Freud respondió: “trabajar y amar”. Eso hicieron, y siguen haciendo, personas como Comas. Es decir, en el *tiempo que nos queda* es posible “la plenitud de la vida”.

En los soportes y pasadizos de *el tiempo que nos queda* hay que precisar, o más bien habría que decir que querríamos precisar, dos cuestiones: los mecanismos que debe

usar el enfermo ubicado en ese *tiempo*, y la especial peculiaridad de la *esperanza*, dentro también del mismo.

Esquirol, no podía ser otro, nos da el primer consejo: “el tiempo no se alarga indefinidamente, sino que a todo llega su final” (11), lo cual “nos hace ser más responsables. Ciertamente hemos de responder de lo que está en nuestras manos mientras aún estamos a tiempo” (11).

La respuesta de Comas fue trabajar, siguiendo la ruta laboral que llevaba años recorriendo, y luchar sin rendirse ante las “incomodidades” que le planteaba la enfermedad. Un buen amigo mío, que mantengo en el anonimato pero cuyo nombre surgirá en el libro definitivo, vivió -según sus palabras- más vida en los años de enfermedad, plenamente consciente del poco tiempo del que disponía, que en toda su existencia anterior. Una confesión estremecedora, pero extrañamente lenitiva para él y para mí -que le escuchaba-, en un ir y venir por la calle Compañía, de nuestra Salamanca, con las torres de la Clerecía como mudos testigos.

Silvia Casablanca recomienda que el enfermo deje de luchar contra la enfermedad -que no obvia una correcta terapia- y trate de “comprender” su finalidad (31). Invita, puesto que entiende que la enfermedad se aloja en un cuerpo inteligente, a captar la capacidad de superación del ser humano.

“No hay mejor experto ni nadie que sepa más de nuestro propio cuerpo que nosotros mismos. Sólo necesitamos sincronizarnos con él” (31).

Amalia Sánchez Sampedro, autora del epílogo del libro de Comas, destaca que el trabajo, ella no lo duda, alargó la vida del periodista. De otra forma, hubiera caído fulminado -por un ataque cardíaco- en el momento de conocer “su enfermedad más su gravedad”. “El periodismo no es que fuera una prolongación de su vida sino su vida misma, que yo he tenido la suerte de compartir en una porción tan grande como hermosa” (32).

Condición *sine qua non*: no variar el modo de vida. Salvo en los momentos de la terapia, y en los momentos en que esta “incordia” nuestra existencia”, seguir la actividad que siempre se realizó. “NOS QUEDÁBAMOS EN BERLÍN. Decir que *tomamos* la decisión no es del todo cierto. Pepe decidió que nos quedábamos en Berlín porque quería seguir trabajando: “*business as usual*” era su frase favorita. No quería parar, no podía parar” (19).

“No iba a permitir que el miedo le destruyera. Temía que si volvía a Madrid, no podría seguir trabajando y eso sí que era su muerte segura. No concebía la vida sin su periódico. Nada merecía la pena si no podía cumplir con la cita de sus lectores. Entendí que necesitaba seguir *trabajando como terapia fundamental* y a pesar de lo que suponía para mí afrontar sola lo que se avecinaba, respeté y acepté su decisión” (19), habla José Comas por boca de su esposa Ana Lorite.

Nos ha proporcionado una clave esencial, que hemos puesto en cursiva sin malévola intención.

Más que la quimioterapia, el tratamiento esencial es continuar “la vida”, por extraña que suene esta expresión. La enfermedad no debe ser un obstáculo insalvable, para seguir dando sentido a la vida, no debe interrumpir el *transcurso del tiempo*. De eso ya se encargará la muerte. Es el momento de entrar en la vida, en un *nuevo tiempo* por corto que sea, vía la experiencia. Es el momento, robando al filósofo y amante del cine Julio Cabrera, una frase bella pero oportuna, de luchar por “la universalidad de lo posible frente a la pretendida universalidad de lo necesario” (8).

Porque en *el tiempo que nos queda* no necesitamos nada, ¿para qué?, sino lograr “la universalidad de lo posible”, que es desarrollar, tal vez a velocidad vertiginosa y como manifiesto que permanecerá después de “que caiga la noche”, que hay *tiempos* distintos a los que el hombre habitualmente *vive*, pero igualmente ricos en “lenguaje”. No es cuestión, en este *tiempo* de tratar de fabricar una filosofía metódica sobre la búsqueda de la verdad. No hay *tiempo*. Es mejor, simplemente, vivir la filosofía de la verdad. La convicción por parte del enfermo, de que si *el tiempo* es un concepto filosófico, es porque tiene un contenido de verdad.

Algunos seres humanos, y ofrecemos nuestra experiencia, además de las que transcribimos, descubren la verdad en este *el tiempo que nos queda*. Leamos a Montaigne. “¿Veo que la enfermedad me desaloja de un lado? Si creo en los médicos, me apartarán del otro: y por la fortuna y por el arte, ya me he salido de mi propia ruta. Nada creo

con más certeza que esto: *que el uso de aquellas cosas a las que he estado habituado tanto tiempo no pueden perjudicarme*” (13). Como no pretendemos añadir más a tan sabio pensamiento, hemos creído que la mejor conclusión del mismo, era poner en cursiva las últimas palabras.

Entendemos, como fundamental, adherirse a la costumbre de vivir. Puesto que este *tiempo* es limitado, para dar *sensibilidad a este especial transcurso del tiempo*, hay que huir de la *duda*—que alguna utilidad tenía en el *tiempo de espera*— y la indagación de la imaginación, que son precisos, en la brevedad, y buscar resortes para reconstruir *una nueva vida en un nuevo tiempo*. Sin por ello soslayar la ayuda del médico y el entorno, creemos que el enfermo debe hacer su propia lectura filosófica, que hemos llamado antes filosofía de la verdad, aunque ello suponga —por momentos— alejarse de la filosofía que el médico —a modo de director de cine— quiera imponerle.

Lagrée comenta, en la página 166 de su libro (11), que el hombre es un “ser de lenguaje”, lo que nos lleva a comentar que, en el *tiempo que nos queda*, hay que olvidar la vida con salud que suele ir “de suyo”, sino plantearnos, con respuestas lo más inmediatas posibles, “preguntas *radicales* sobre nuestras prioridades, nuestros compromisos y nuestros *amores*” (11) (cursiva añadida). Es momento de vivir el sentido que porta la existencia, e insertar en la misma la consciencia del propio yo en el mundo.

Y no nos avergüence la palabra: es momento de *amar*.

Ya que hablamos de amor, y aunque lo que voy a comentar podría ir en otro lugar de este discurso –y del libro que le seguiría–, me emocionaron al leerlas, estas palabras de Comas: “Otro beneficio colateral provocado por *No Hogkin* ha sido constatar el amor de mis hijos que parecía escondido en las cortezas más profundas del cerebro o de la víscera cardiaca” (18). Advierta el lector que la enfermedad, en este caso tan grave como un linfoma *No Hogkin* de grado IV, es lo tantas veces repetido: una nueva dimensión de la vida.

La enfermedad puede tener efectos “beneficiosos”, y creemos que la palabra *amor* es el beneficio más grande de todos ellos.

Con la enfermedad salta la alarma, dándose uno cuenta que “quedan muchas cosas que hacer en poco tiempo”. Nosotros creemos que esta cualidad es una de las bases fundamentales de *la sensibilidad en el tiempo que nos queda*. Un momento propicio para buscar la razón de ser del propio ser, reencontrar el sentido que ha tenido la vida, los valores que la misma haya ido integrando en su esencia y práctica y, ¿por qué no?, meditar en la finalidad de la existencia. Con independencia de las ideas religiosas, éticas o morales que se tengan, la vida en sí misma es un valor, que sería una desdicha arruinar en *tiempo* tan poco “agraciado”.

Recordamos una frase de Pascal que, tal vez, sea adecuada en este momento: “Los hombres, al no haber podido curar la muerte, la miseria, la ignorancia, para ser felices se han puesto de acuerdo en no pensar en ellos” (33).

El divertimento pascaliano, nos recuerda que armas como la sonrisa, la risa, la carcajada y la ironía son eficaces en este momento. “Así era mi marido, un hombre valiente que utilizó el periodismo como arma defensiva ante el horror, y la ironía y el humor (demasiado negro a veces) como arma defensiva contra el sufrimiento. Era capaz de responder a la pregunta de: “¿cómo está usted Herr Comas?” con un “pues ya ve, muriéndome en cómodos plazos. Esto desconcertaba terriblemente a médicos y enfermos” (19).

Todo vale, si ese valor se ladea del lado positivo. En situación tan poco propicia vale aquello que representa el bien, la paz, la estabilidad anímica, aunque sea difícil, procure el enfermo, en lo posible, no marcar las cartas y esconder su latente fragilidad.

Mucho, y variado, se ha escrito sobre el valor terapéutico del humor. No es la ocasión, supondrá el lector, para hacer un análisis en profundidad de un tema que ha ocupado muchas líneas y páginas, en libros de otros autores. Hay algunos de ellos, excelentes. Pero no es incoherente dar unas pinceladas en *el tiempo que nos queda*, a esta cuestión que comienza por su definición, de las que he leído muchas, todas válidas y algunas origen de una franca risa o carcajada. Hay que tener un cierto ingenio para ello.

Ángel Rodríguez Idígoras, en el libro “El valor terapéutico del humor” del que es editor, nos da algunas, para quedarnos con una de Antonio Mingote: “El humor es no tenerle miedo a pensar” (34). Esta definición, que no lleva

precisamente a la risa, abre las puertas al concepto, que se palpa en esta reflexión, de que lo que le interesa al enfermo, en cualquier de los *tiempos* analizados, pero especialmente importante en *el tiempo que nos queda*, es mover los resortes para “ver las cosas de otra manera muy diferente a las acostumbradas”, para así descubrir “otras dimensiones de la vida”.

Una de esas nuevas dimensiones de la vida, ya lo hemos dicho, es la enfermedad, y uno de los resortes que pueda abrirnos al conocimiento de la misma es “pensar”, que eso nos dice Mingote que es humor, pero humor que ataca de lleno “las cortezas más profundas del cerebro” (18), en palabras de Comas, para hacer de cicerone por los pasadizos intrincados del proceso morboso, y ver qué hay de positivo que pueda emerger a la superficie.

Con ello, entendemos que el factor más importante que el enfermo pueda emplear, en *el tiempo que nos queda*, para elaborar *su sensibilidad*, es la inteligencia. La inteligencia nos da la libertad para pensar, para sentir, para crear y, lo que nos interesa, para desarrollar potenciales que desconocía. La inteligencia, por muy inteligente que sea, no sabe lo que es un cáncer “grave” hasta que no tropieza con él. Entonces descubre en los tortuosos pasadizos del mismo, potenciales que ella, tan inteligente, no había sabido o podido desarrollar.

Bellert (35) y Leiber (36) han trabajado con pacientes que portaban un cáncer y han observado que el humor, que ellos señalan estimula la inteligencia, ofrece efectos tan

positivos como relajar la tensión, aumentar la percepción del bienestar y facilitar el aprendizaje del autocuidado. Enlaza esto con la percepción del tiempo, ampliamente analizada por Dossey. “En *presencia* de un cáncer, ¿hay alguna relación entre la percepción del *tiempo* y una más larga viabilidad de la persona afectada?

La cuestión dista aún de estar resuelta, pero hay ya algunas claves para poder responder” (5). Un oncólogo ayudó a responder a Dossey. Pediremos su opinión a nuestro compañero Cruz Hernández.

Ante un carácter grave, de mal pronóstico en el seno de la *crisis* y posterior a la misma, puede haber *pánico*. *Pánico*, miedo o terror muy intenso, repentino y extremo, “total” (5), dice Dossey, que lleva sin solución de continuidad a preguntarse: ¿Cuánto tiempo me queda?.

“En estado de pánico la consideración del *tiempo es de suprema importancia*. *El tiempo corre*, escapa. La vivencia del *tiempo* se intensifica. Se saborean momentos que hasta ahora pasaban inadvertidos, aún por lo general con un temor: pronto se habrán ido y yo con ellos” (5). Pero reflejado, a grosso modo, en el espejo pesimista, surge o puede surgir el descubrimiento de la lógica del *tiempo*. “Cuando sabemos que no tenemos todo el tiempo del mundo sino un tiempo limitado, es cuando decidimos hacer el esfuerzo. La conciencia de la finitud lleva a la acción (1). Divinas y aliviadoras palabras: esfuerzo y acción. ¿Será esto la *sensibilidad del tiempo*?.”

¿Cuanto tiempo aún? El ser le pregunta a la condición humana. Le pregunta por la temporalidad propia, ante el riesgo de caer en la impersonalidad, el anonimato, la nada, el vacío. “La vivencia exagerada del presente se entremezcla a la anticipación del futuro” (5), escribe Dossey, que sugiere la espera de la muerte.

“En este estado el paciente puede volverse hacia adentro, haciéndose remiso e incapaz de exteriorizar su hostilidad o su mal humor. La fijación de su *vivencia del tiempo* como algo constreñido, que va disminuyendo, puede así quedar reflejada en la actitud vital del paciente que muere tempranamente de cáncer”. (5).

Como es una realidad constatada que esto puede ocurrir, el escritor piensa, inspirándose en Esquirol, que nos invita a “respirar de los días”, que a pesar de que se sabe que “la cosa llamada vida” se acaba, nunca sabemos cuando. Hay que desconstreñir *el tiempo*, sacando al enfermo hacia afuera. Es posible que en situaciones como las que los lectores se están imaginando, tenga que ser el entorno el que, con decisión y acción, trate de sacarle de ese pasadizo tortuoso que, en estas circunstancias es la propia conciencia. Ese defensor de la *percepción del tiempo* que es Dossey, nos estimula a pensar que ayudar a la *vivencia del tiempo* del enfermo es procurar que se alargue *la intensidad de la vivencia* (5). Es posible, porque hemos sido testigos de esa posibilidad.

Porque, “el hombre ignora su momento; como peces apresado en la red, como pájaros presos en el cepo, así son

tratados los humanos por el infortunio cuando les cae encima de improviso” (35). Romper esa red, abrir con esfuerzo el cepo, porque, aunque sabemos -o intuimos- que la muerte está cerca, siempre es una posibilidad indeterminada. “Hay una responsabilidad individual y una responsabilidad colectiva” (1). La primera, patrimonio de lo “no mucho” que le queda al enfermo, debe procurar sorber los últimos tragos, con ese algo, oído a alguien (algo que obliga a pasar sobre él de puntillas) que se llama dignidad, que se puede definir, con peligro de equivocación, con una simple expresión: “lo que he de hacer en mi parcela del mundo” (1).

La responsabilidad colectiva exige al entorno, en circunstancias tan aciagas, una posición ética y moral adecuada.

Quiero dejar claro que no es intención de esta reflexión, entrar en el proceloso universo de la muerte. Me tienta hacer otro libro, en otras circunstancias. La muerte, en lo que nos ocupa, es saber que es la terminación biológica de un proceso. Por eso pretendemos afirmar que “siempre quedará algún tiempo”, que de alguna manera habrá que vivir. No se debe ceder a la resignación serena, aunque como dice Levenson et al (36), es un tipo de aceptación, frecuentemente dolorosa, que sigue siendo común en el mundo occidental. Se sigue avanzando mucho en la filosofía del acompañamiento, que es volver a la responsabilidad colectiva, arriba citada.

Montaigne, en sus Ensayos, escribió: “No es a la muerte a lo que yo temo, es al morir” (37), recordándonos que

Cicerón dijo que “filosofar no es otra cosa que prepararse para la muerte” (38) y, nuevamente Montaigne, apoyándose en tan valioso bastón, filosofó: “No sabemos dónde nos espera la muerte; esperémosla en cualquier lugar. La premeditación de la muerte es premeditación de la libertad. El que aprende a morir, aprende a no servir. El saber morir nos libera de toda atadura y creación. No existe mal alguno en la vida para aquel que ha aprendido que no es un mal la pérdida de la vida” (37).

Este esclarecedor comentario de Montaigne, que parece escrito más cerca de nuestro tiempo, que las opiniones de Levenson (36), es un grito -Munch, de nuevo a vivir y gozar del presente, con plenitud, más un sabio consejo de encontrar la necesidad de “llenar” en presente, para que “me halle la muerte plantando coles, más indiferente que ella y más aún a mi imperfecto jardín” (38).

Dado que la *vida* –de principio en el nacimiento y con fin en la muerte–, posee en su más íntima esencia, la cualidad de ser un proyecto con contenido, relación, espera, futuro –aún sea pronto a cercenar–, es *existencia humana*, ésta se *da* y *es*, en tanto los elementos precedentes están presentes, aunque lo estén de forma larvada, silente y atenuada.

En estas circunstancias, es bella esta cita de Lagrée: “Ciertamente nadie puede pensar, juzgar, amar, vivir en mi lugar” (11), o esta otra: “El final de mi vida me pertenece mucho más que mi comienzo, que en principio no he elegido” (11).

El enfermo, que ya me atrevo a llamar “tipo Comas”, tiene que ensanchar su tiempo, porque se ha demostrado que la *vivencia* estrechada y constreñida –repetición intencionada del término–, propia de este tipo de afectados, forma parte, al parecer, “de una dinámica psicológica que desemboca en muerte prematura” (5). Si no es capaz, el enfermo, de salir del embudo del abandono de sí mismo, de la desesperación, del pánico, es posible que tal “actitud vital resulte mortífera” (5). Abunda Dossey en que tal tesitura, si la medicina en estas circunstancias es más *percepción del tiempo* que otra *cosa*, “hay que actuar con la misma fuerza con que prescribimos medicamentos, radiación, cirugía, ...” (5). Hemos vuelto atrás, sin malévola intención.

Uno no puede más que sonreír, pensando ciertamente que *el tiempo del enfermo*, en el *tiempo que nos queda* y que ahora es tema de discusión y planteamiento, tiene *sensibilidad y belleza*, si lee con pausa “neuronal” estas palabras de Comas, en “pleno protervo de pus” (es expresión del propio Comas, en referencia a su proceso):

“Creo que lo único positivo del maldito 2004 fue lo de contraer matrimonio el pasado 1 de abril contra Ana Lorite, que ha hecho bastante mal negocio conmigo a la vista de lo ocurrido y por haber adquirido una mercancía averiada. De mis tiempos de la facultad de Derecho recuerdo que se podía denunciar un contrato de compra-venta por ‘vicios ocultos’ de la cosa”. No se si *No Hogkin* entraría en esta categoría. Tal vez Lorite pueda alegar una

analogía con la compraventa que deshacer el contrato matrimonial (18).

Está escribiendo un enfermo que sabía su muerte cercana, que tuvo lugar el 22 de marzo de 2008, casi cuatro años después del diagnóstico, con sesiones de quimioterapia -bombas químicas en palabras de Comas -muy “dolorosas” y “harto molestas”, momentos de desánimo y no esperanza, mientras que este autor, que ha leído el libro de Comas muchas veces (entre otras cosas para “j... a ustedes lectores), piensa que no conoce mejor elaboración de *la sensibilidad del tiempo del enfermo*, que la que este periodista asturiano nos ofrece.

Pero, además, pensamos que tal elaboración, un canto a la grandeza humana o a la profundidad de la condición humana, es una obra -dividida en los actos que el enfermo quiera-, que se elabora “necesariamente” en primera persona, “no es delegable ni transmisible” (1).

No importa que “al final resultó que mi amado Pepe no era inmortal como me había hecho creer durante estos tres años y medio de pelea contra *No Hogkin*. Creí que era una especie de héroe de estos que pueblan leyendas y mitologías: valiente hasta la temeridad, fuerte como un gigante. A su lado, las palabras miedo, angustia, desesperación eran simples entradas de diccionario” (39).

Volviendo, ligeramente hacia atrás en el discurso, después de tan “optimistas” perspectivas en mi intención, conviene recordar que la *percepción del tiempo* se estrecha y comprime, porque nos empeñamos -los médicos- y se

enfanga -el enfermo-, en centrar la atención casi con exclusividad en los problemas corporales. Al respecto Dossey, tan certero siempre, alega: “Los problemas corporales son reales, y se les debe prestar atención, pero son solo una parte de un enfoque más amplio de los mismos, que debemos cubrir también “la estrategia temporal” usada para los enfermos graves” (5).

Se puede actuar en esa “estrategia temporal”. A propósito de esto hay un amplio repertorio terapéutico de técnicas (uso intencionado de la visualización, la imaginación, la relajación a estos efectos...), no siendo nuestra intención ocuparnos de ellos ahora, pero que tienen cabida en la intención del discurso. No se debería subestimar la importancia de todas estas técnicas. Remitimos a los trabajos de Simonton *et al.* (40) y Achterberg y Lawlis (41), que presentan evidencias que sugieren que estamos ante factores muy poderosos, capaces de alargar la vida a pacientes gravemente enfermos.

“La plenitud de la vida no tiene que ver nada con el número de días, incluso si éste es un ayudante fantástico” (1).

En este *tiempo que nos queda*, que parece alargarse más de lo que en principio se creía, al menos en su transcripción por nuestra parte, para llegar el enfermo a conseguir el objetivo de *sensibilizar su tiempo*, hay que asumir que la muerte no es un “problema logarítmico”, sino una “condición” de la “condición humana”. Esta condición nos la concede la enfermedad, no la salud. Sólo es necesario leer a Cioran, que es capaz, en su pesimismo, de la humorada:

“Pero si la vida es un accidente, el individuo es un accidente de ese accidente” (4), para añadir, líneas más allá, “se dejan morir suavemente, al revés que los otros, que se afilan y afanan y creen escapar a la muerte porque *no tienen tiempo* de sucumbir a ella” (4). Disímil apreciación del *tiempo*.

En *la percepción del tiempo*, en *el tiempo que nos queda*, “la conciencia de la muerte es absolutamente clave, porque *nos da tiempo*” (1). Además de perpetuarse sobre *el tiempo que nos queda*, hace que el enfermo disponga de *tiempo*, para gestionar *su propio tiempo*, que sea conocedor de *sus tiempos*. “Qué paradoja; tenemos *tiempo*, porque somos y nos sabemos mortales. Y precisamente porque tenemos tiempo, podemos preguntarnos por el *tiempo que nos queda*” (1).

Incisiva, cáustica e irónica esta sugerencia de Heidegger: “la muerte como posibilidad extrema no es un puntual *qué*, es un *cómo* que configura a todo a todo el ser humano en su existencia concreta. Uno mismo es verdaderamente existente cuando mantiene la conciencia de la muerte, cuando afronte, previéndola, esta posibilidad” (42).

Quiero ser osado y osado voy a ser. Voy a “prefigurar” que Heidegger se refería a la *sensibilidad del tiempo del enfermo*, y lo digo porque esta conferencia, contenida en un opúsculo, con la realidad de la prolongación en un libro, vino en “ocurrírsenos” leyendo la frase “el tiempo es temporal” (42), que tendremos que reconocer que define muy sutilmente el tiempo.

De ahí el salto hacia *el tiempo que jamás retorna*, el *tiempo de espera* y, este que nos ocupa ahora, *el tiempo que nos queda*, y en todos ellos una *temporalidad* que el enfermo tiene que llenar y ocupar, esencia en cada *tiempo* que conduce a su *sensibilidad*.

Dicho lo dicho, en párrafos anteriores y, sin olvidar todas y cada una de las aportaciones que han ido emergiendo en el *tiempo que nos queda*, queremos que quede claro –prístino– que con toda probabilidad –toda una posibilidad– el elemento esencial para elaborar la *sensibilidad del tiempo del enfermo* en *el tiempo que nos queda*, es el concepto abstracto del *tiempo de la temporalidad*, ese “modo de ser mortal que se sabe mortal” (1).

Por ello, el modo de ser mortal, o la conciencia de la muerte, es más un “cómo” que un “qué”, “el como de un ser que tiene su posibilidad más propia en el haber sido, o sea, en la muerte” (1).

Lo esencial, en *el tiempo que nos queda*, meollo de su *sensibilidad*, es la perentoria necesidad, por parte del enfermo de “no simplificar la riqueza de la experiencia del tiempo” (1), lo que, por pasadizo no tortuoso, nos lleva a asimilar, otra vez, la *vida con el tiempo, el tiempo con la vida*.

En este *tiempo*, con el sentido del humor antes aludido, se pueden obtener ciertas satisfacciones. “Uno de los beneficios colaterales del *No Hogkin* es que el colesterol se ha convertido en un cuento de niños y puedo permitirme algún que otro exceso gastronómico. Además, la labor de zapa del protervo *No Hogkin* se ha llevado diez kilos por

delante. Me muevo ahora en torno a los 94 que, junto con la rapada, según algunas, me dan un aspecto atractivo. La consecuencia son los inevitables accesos de celos de Lorite entre las declaraciones de amor de mis admiradoras” (18). “Mi amigo el embajador de España en Pakistán, Antonio Segura, además de encomendarme al cuerpo incorrupto de San Francisco Javier en su reciente visita a Goa, se refiere a *No Hogkin* con el poco diplomático calificativo de “hijo de puta” (18).

Como lema de marcha, en *el tiempo que nos queda, el tiempo* con peligro de impersonalización, la inmersión en la desesperanza o la desesperación, pensar en *el tiempo* en que preguntar por la *nada* es tanto como preguntar por el *ser*, momento de, además, de ser, intentar “hablar por sí mismo”, *tiempo* en que el sentimiento es *angustia*, no es mal lema pensar “que los mortales se dan la vida entre sí y se pasan, como corredores, la antorcha de la vida” (43).

En el umbral de la finitud, es Lucrecio quien nos da un buen consejo: “Si le has sacado provecho a la vida, estás saciado, parte satisfecho” (44).

La vida nos tiene que dar fuerza, pensando que la “muerte es uno de los elementos del universo, es un elemento de *la vida del mundo*” (38) (cursiva del autor). Esta *vida*, sin ningún tipo de logicidad representacional, si es una vida con el sentido volicional de querer vivir. Sabemos que el enfermo está sometido a un vaivén desesperante, pero en ese desequilibrio psicológico, no es mala receta la

de Luc Ferry: “Cuando sobrevenga la catástrofe, yo estaré preparado” (27).

El segundo aspecto a considerar en el *tiempo que nos queda*, es el de la esperanza, utilizando como pretexto, de nuevo, las palabras de Lorite al conocer toda la gravedad y la perspectiva vital, del proceso *No Hogkin* que sufría su marido. “¡AÑOS! ¡AÑOS! ¡AÑOS! Esto significaba tiempo y el tiempo es esperanza” (19). La semántica es importante, y Lorite lejos de escribir “esto significaba tiempo y la esperanza de una posible curación”, especifica “el tiempo es esperanza”. Es decir, además de *vida*, de *respiración*, el tiempo es *esperanza*.

Es una *esperanza abstracta*, pero tan intensa, la que sufre un enfermo con un proceso grave, que la intensidad la convierte en *real*, con lo que se integra en *el tiempo que nos queda*. “De la conciencia de la muerte, quizá sea preciso no marginar otras aberturas, ya sean del presente a las que nos hemos referido, ya del futuro, como por ejemplo, la *esperanza*, la promesa o la paciencia” (1). Esquirol viene, tal vez porque lo necesitamos, a reforzar la importancia de la *percepción del tiempo* en *el tiempo que nos queda*, al afirmar que es necesario no marginar “otras” aberturas del presente, dar filosofía a éste, evitando que se aprisione en las limitaciones que el mismo pueda conllevar.

Nosotros conocíamos la obra de Vasili Grossmann, “Vida y destino”, pero es de agradecer que Ana Lorite venga a recordárnosla. En dicha obra, se dice “algo” que Ana toma prestado a Grossmann y nosotros, nobleza

obliga, se lo tomamos prestado a Lorite. “Me he dado cuenta de que la *esperanza* nunca va ligada a la razón, está privada de sensatez, creo que nace del instinto” (45). Es cierto, la esperanza es algo irracional, es como una ofuscación de la inteligencia en busca de concretar que el absurdo también es posible, que, además, “es necesario que sea posible”. Es querer dar certidumbre, pátina de posibilidad, a la “incertidumbre de nuestro juicio”. Como filosofía, pensamos que *la esperanza* es una definición permanente, en estados límites, que la inteligencia se resiste a dejar que abandone su territorio.

Los enfermos, y su círculo, suele asentarse en el instinto, madre de *la esperanza*. “Yo me instalé ahí pocas horas antes de su muerte. Siempre estuve convencida de que Pepe, con mi ayuda, iba a poder con todo. No existen recetas mágicas para superar el miedo. Juntos sufrimos la enfermedad y juntos la combatimos. Como decía Comas, “Lorite, somos una *Gesellschaft*”. *No Hogkin* fue cosa de dos: ninguno permitió que el otro sufriera más de lo necesario, ninguno permitió que el otro cayera en la *desesperación*. Y ninguno podría haber soportado tanto sin el otro, sobre todo yo” (19).

Leído este último párrafo, parece inútil, puesto que en su momento fue analizada, insistir en la *desesperación*, como corolario del *tiempo que nos queda*.

Hemos querido destacar, aunque dudo del logro y, por supuesto del aleluya que significa la victoria, un aspecto emergente en el análisis del elemento humano inserto en

el mundo “imposible” de la enfermedad, indagación del tiempo del enfermo en un mundo que a él se le antoja “imposible”. Tal hemos sentido que la vida, emocionalmente estable, se ha escorado por momentos hacia la demencia. Hemos jugado en, la realidad, con más realidades, algunas teñidas de ilusión y ficción –el enfermo que no quiere creer que está enfermo–, pero para creer de nuevo en la terrenalidad “de lo que es” –el enfermo admite que está enfermo–. El hombre conoce que es personaje mortal, pero a veces el entusiasmo –versus salud– le aleja de la finitud. Cree con firmeza que lo “posible tiene que ser” imposible”.

A todo esto, nos preguntamos si hemos logrado nuestro propósito. Quisiéramos haber conseguido, aunque con inteligencia más limitada, lo que Llorca Ramón logró en su discurso de ingreso como Académico de Número de la Real Academia de Medicina: pasar de puntillas por el concepto de “dignidad” con tan exquisita elegancia, que todo el mundo comprendió el concepto, pero él no llegó a definirlo con rotundidad. Días antes me había confesado que el concepto “dignidad” le inspiraba algo más que respeto. ¿Habré logrado yo, con *la sensibilidad en el enfermo*, otro tanto? Eso deseo.

Espero que para este discurso no haya tenido que recurrir al remedio de quemar mi casa, para saber que soy bombero.

He dicho.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Esquirol, Josep María. “El respirar de los días. Una reflexión sobre el tiempo y la vida”. Barcelona, Paidós 2009.
- 2) Llorca Ramón Ginés. “La dignidad de vivir con la enfermedad. La cronicidad como destino”. Salamanca, Real Academia de Medicina de Salamanca 2010.
- 3) Green André. “El tiempo fragmentado”. Buenos Aires, Amorrortu Editores 2001.
- 4) Ciorán, Emile Michel. “La Caída en el tiempo”. Barcelona, Tusquets 2003.
- 5) Dossey, Larry. “Tiempo, espacio y medicina”. Barcelona, Kairós 2006.
- 6) Cunha, Ivonne. “Le temps suspendu: rythmes est durées dans me prison portugaise”. Teorain 1999 ; 29 : 59-68.
- 7) Aristóteles. « Física », 219b.
- 8) Cabrera, Julio. “Cine : 100 años de Filosofía”. Barcelona, Gedisa 2008.
- 9) Bachelard, Gaston. Prólogo a “Je et Tu”, de Martin Buber. Paris, Aubier 1992 ; págs. 13-14.
- 10) Tejerizo López, Luis Carlos. “El don médico de sí”. Salamanca, Real Academia de Medicina de Salamanca 2006.
- 11) Lagrée, Jacqueline. “El enfermo, el médico y el filósofo”. Madrid, La Esfera de los Libros 2004.

- 12) Lozano Sánchez, Francisco S. "Calidad de vida relacionada con la cirugía vascular". Salamanca, Real Academia de Medicina de Salamanca 2008.
- 13) Montaigne, Michel de. "La Experiencia", en "Ensayos". Barcelona, Acantilado 2007; Libro III, XIII: 1589-1668.
- 14) Quintiliano, X, 3, 16.
- 15) Paricio Aucejo, Pedro. "La pasión de vivir". Salamanca, Editorial San Esteban 2005.
- 16) Broch, Herman. "La muerte de Virgilio". Madrid, Alianza Editorial 1979.
- 17) Jankélévitch, Vladimir. "Philosophie Morale". Paris. Flammarion 1998.
- 18) Comas, José . "Crónica del linfoma. Unión Europea, Rey Lear 2009.
- 19) Lorite, Ana. Prólogo a "Crónica del linfoma" de José Comas. Unión Europea, Rey Lear 2009; 15-22.
- 20) Cousins, Norman. "Anatomía de una enfermedad". Barcelona, Kairós 2006.
- 21) Dubos, René. "Prólogo" a "Anatomía de una enfermedad", de Norman Cousins. Barcelona, Kairós 2006; 9-18.
- 22) Canguilhem, Georges. "Enfermedad, curación, salud". En su libro "Lo normal y lo patológico". México, Siglo XXI 1971; 137-154.
- 23) Lledó, Emilio. Prólogo a "El surco del tiempo". Barcelona, Crítica 2000; pág. 15.
- 24) Fridja, Nico Henn. "The laws of emotion". American Psychologists; 43: 349-68.

- 25) Muíño Luis. “¿Para qué nos sirve amar? En: Florentino Moreno Martín y Luis Muíño editores. “El factor humano en la pantalla”. Madrid, Editorial Complutense 2003; 125-127.
- 26) Jankélévitch, Vladimir. “La muerte”. Valencia, Pre-Textos 2002.
- 27) Ferry, Luc. “Aprender a vivir”. Madrid, Ediciones Santillana 2007.
- 28) Cioran, Emile Michel. “Histoire et utopie”. Paris, Gallimard 1987.
- 29) Cooper, Michael J. ; Aygen, Maurice M. “Effect of Meditation on Blood Cholesterol an Blood Pressure”. Journal of the Israel Medical Assotration 1978; 95: 30-37.
- 30) Lledó Emilio. “El surco del tiempo”. Barcelona, Crítica 2000.
- 31) Casablanca, Silvia. “El final de la enfermedad”. Tenerife. Editorial OB STARE 2008.
- 32) Sánchez Sanpedro, Amalia. Epílogo en “Crónica del linfoma” de José Comas. Unión Europea, Rey Lear 2009; 143-147.
- 33) Pascal, Blaise. “Obras”. Madrid, Clásicos Alfaguara, 1893.
- 34) Rodríguez Idígoras, Angel. “La dimensión terapéutica del humor”. En: Angel Rodríguez Idígoras, editor. “El valor terapéutico del humor” Bilbao, Desclée de Brouwer 2002; 15-40.
- 35) Cohélet, 9, 12.
- 36) Levenson, James L. “Factores psicológicos que afectan a enfermedades médicas”. En: Hales, Robert E.; Yudofsky

- Stuart, eds. "Tratado de Psiquiatría clínica". Barcelona, Mas-son 2004; 631-57.
- 37) Cicerón. "Tusculanas, I, 30, 74.
- 38) Montaigne, Michel de. "Que filosofar es aprender a morir". En: "Ensayos". Barcelona, Acantilado 2007; Libro I, XVIII; 83-108.
- 39) Lorite, Ana. "Despedida al Cuerpo Místico". En el libro de José Comas, "Crónica del linfoma". Unión Europea, Rey Lear 2008; 137-141.
- 40) Simonton, Carl O.; Matthews-Simonton, Stephanie; Creighton, James. "Gelling Well Again". Los Angeles, J. P. Tarcher 1978.
- 41) Achterberg, Jeanne; Lawliss, Frank G. "Imagery of Cancer". Champaign Illinois, Institute for Personality an Ability Testing 1978.
- 42) Heidegger, Martin. "Ser y tiempo". Madrid, Trotta 2003.
- 43) Lucrecio, II, 76 y 79.
- 44) Lucrecio III, 935 y ss.
- 45) Grossmann, Vasili. "Vida y Destino" Barcelona, Círculo de Lectores 2007.