



Rincón de la Historia

Artículo español

Reseña histórica sobre la enfermedad inflamatoria intestinal desde la visión psicósomática; a propósito de unas cartas relativas a Juan Ramón Jiménez.

Historical note about intestinal inflammatory disease from a psychosomatic perspective; on occasion of some letters related to Juan Ramón Jiménez.

Ignacio Jauregui-Lobera¹, Paloma Muñoz-Calero², Jesús M Culebras³, Ángeles Franco-López⁴

¹ Instituto de Ciencias de la Conducta y Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. España

² Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid. España

³ De la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid y del IBIOMED, Universidad de León. Director de *The Journal of Negative & No Positive Results*. España

⁴ Servicio de Radiología, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Alicante. España

Resumen

A propósito de dos cartas escritas por Zenobia en 1949 y 1955 en las que se comentan los trastornos digestivos de Juan Ramón Jiménez (JRJ) y de un informe del hospital Presbiteriano de San Juan de Puerto Rico de 1950, se hacen unas consideraciones sobre el padecimiento de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de JRJ y la posible relación que podría tener con sus trastornos psicológicos. La EII de Juan Ramón Jiménez y sus trastornos psicológicos fueron de la mano durante toda su vida. Su patología depresiva recurrente, sus rasgos marcadamente neuróticos y sus temores fóbicos e hipocondríacos, junto con su tendencia al aislamiento son patentes en su biografía y, sin duda, influyentes en el devenir de su patología intestinal.

Palabras clave

Enfermedad inflamatoria intestinal; Trastornos psicósomáticos; Juan Ramón Jiménez

Abstract

On occasion of two letters written by Zenobia in 1949 and 1955 in which the gastrointestinal alterations of Juan Ramon Jimenez are commented and a clinical report of the Presbyterian Hospital of San Juan de Puerto Rico in 1950, some considerations are made about Intestinal inflammatory disease and its possible relation with psychological diseases. Intestinal inflammatory disease and psychological alteration in Juan Ramon Jimenez were parallel along all his life. His recurrent depressions, his marked neurotical character, his phobic and hypochondriac fears, together with his tendency towards isolation are a constant in his biography and without doubt influential in his intestinal pathology.

KEYWORDS

Intestinal inflammatory disease; Psychosomatic alterations; Juan Ramón Jiménez

Introducción

En medicina resulta ancestral la dualidad entre una visión racionalista del enfermar, buscando la "lesión" o base anatomopatológica de las enfermedades, y la visión que pretende ir más allá de la lesión para recabar en aspectos emocionales, psicológicos, espirituales, sociales, etc., que de manera no siempre bien conocida llevan a la persona a la enfermedad. Es ésta una visión global, integral, holista, humanista, de la patología. De todas estas formas se ha definido lo que más modernamente se acuña como "psicósomática". Lo psicológico siempre ha estado presente, si bien tradicionalmente se dejó justamente ahí, al margen de la causalidad en la patología. De hecho, el paciente siempre fue

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: culebras@jonnpr.com (Jesús M Culebras).

Recibido el 15 de abril de 2017; aceptado el 24 de abril de 2017.



visto como hombre enfermo, pero sólo desde Freud se pudieron introducir los aspectos emocionales y personales como factores etiopatogénicos del enfermar⁽¹⁾.

En el presente trabajo, a propósito de dos cartas escritas por Zenobia en 1949 y 1955 en las que se comentan los trastornos digestivos de Juan Ramón Jiménez (JRJ) y de un informe del hospital Presbiteriano de San Juan de Puerto Rico de 1950, se hacen unas consideraciones sobre el padecimiento de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de JRJ y la posible relación que podría tener con sus trastornos psicológicos.

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en la actualidad

La EII está constituida por tres entidades clínicas independientes, las dos “grandes”, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa (EC y CU) y la colitis indeterminada. Las tres se caracterizan por presentar una inflamación a diferentes niveles del aparato digestivo con manifestaciones clínicas heterogéneas. En la EC la afectación suele ser segmentaria y transmural en cualquier parte del aparato digestivo, desde la boca hasta el ano. Es característica la presencia de granulomas caseificantes.

La CU afecta de forma difusa y continua la mucosa del colon y recto. La colitis indeterminada es una enfermedad intestinal crónica cuyas características clínicas y anatomopatológicas no permiten clasificarla como CU o EC y que afecta exclusivamente al colon.

Las tres entidades tienen características comunes que a veces hacen difícil diferenciarlas. En estos casos es necesario apoyarse en las características clínicas, endoscópicas, radiológicas, histológicas, y en la evolución a largo plazo⁽²⁾.

A diferencia de lo que ocurre en la actualidad, el diagnóstico de la EII ha sido, fundamentalmente, clínico. Hoy en día, los estudios endoscópicos y las pruebas radiológicas, que han evolucionado muchísimo, resultan fundamentales para el diagnóstico, en concreto la colono TC y la entero resonancia. En cuanto a la colonoscopia, está indicada no solamente para establecer el diagnóstico *de visu* y para la toma de biopsias, sino para hacer un despistaje de la posible aparición de tumores de colon cuya incidencia está aumentada en la EII y en especial en la CU. Por su parte la endoscopia digestiva alta estaría indicada en pacientes con EC y sospecha de afectación de tramos superiores. El estudio de intestino delgado puede hacerse mediante la capsula endoscópica o por enteroscopia⁽³⁾.

Desde el punto de vista de la imagen, en las últimas décadas ha cambiado mucho el diagnóstico y seguimiento de la EII. En la década de los cincuenta, las herramientas para diagnosticar y tipificar la EII estaban prácticamente limitadas a la radiografía simple de abdomen para valorar el grado de obstrucción intestinal y el tránsito baritado que identifica las estenosis y las úlceras. En los últimos años las curvas técnicas radiológicas (ecografía, tomografía Computarizada (enteroTC) y Resonancia Magnética (enteroRM) han reemplazado al tránsito intestinal permitiendo el diagnóstico y la tipificación de la enfermedad. Tanto la ecografía como la RM pueden evidenciar hallazgos como el engrosamiento de la pared, las úlceras, fístulas, adenopatías, aumento de la vascularización y estenosis en intestino delgado (ID) o la existencia de engrosamiento mural y afectación de la mucosa de la CU. También podemos evaluar la “carga” de EC permitiendo un tratamiento precoz de las formas más agresivas de la enfermedad para tratar de evitar las complicaciones³.

La colonoscopia virtual ha sido menos utilizada pero identifica las úlceras, el patrón en empedrado típico de la EC y las zonas de estenosis, con la ventaja añadida de poder franquearlas y valorar el estado de la mucosa del colon en las regiones inalcanzables con el endoscopio (Figuras 1a y b y figura 2)

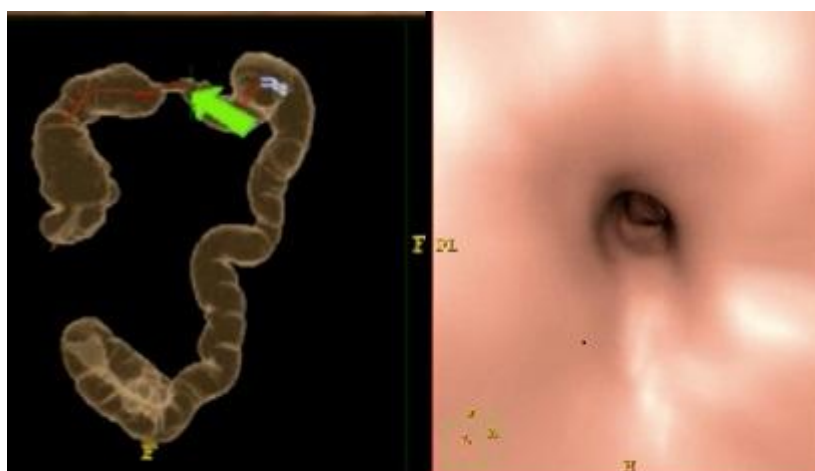


Figura 1a

Figura 1b

Figura 1a y b.- Imagen de colonoscopia virtual. Imagen de volumen *rendering*, visión extra e intraluminal en la que se observa un área de estenosis infranqueable para el endoscopista

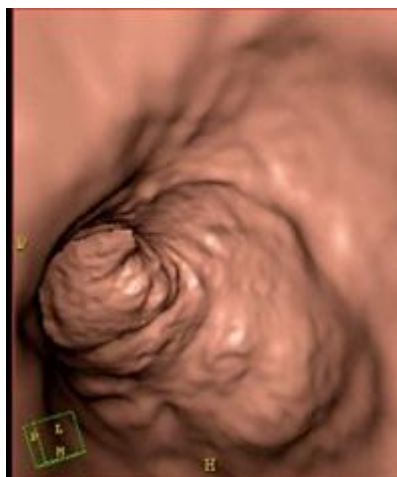


Figura 2.- Imagen de volumen *rendering* del colon derecho, visión endoluminal en la que se evidencia irregularidad de la mucosa en relación con enfermedad de Crohn

En el terreno de las patologías, la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) pronto fue considerada una de las estrellas de la medicina psicosomática, especialmente con autores como Alexander (1950) y en concreto en su visión de la colitis ulcerosa⁽⁴⁾. De hecho, para Alexander la “recto-colitis hemorrágica” era una de las siete enfermedades psicosomáticas a la que asociaba un carácter y una vivencia emocional concretos. La polémica siempre ha sido ardua y vehemente con autores que cuestionan tal naturaleza de la EII, entre ellos Li et ál. (2004)⁽⁵⁾. Alegan que no se ha podido demostrar que los factores psicológicos puedan causar enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU), las dos grandes patologías que conforman la EII. Sin embargo, al margen de interpretaciones psicodinámicas más o menos ortodoxas desde el psicoanálisis, la investigación científica reciente ha aportado evidencia de la asociación del estrés psicosocial y de varios aspectos psicopatológicos con la EII⁽⁶⁾. Más en concreto, estos factores incidirían en la frecuencia e intensidad de los períodos de actividad, en la exacerbación de los síntomas o en la marcha del proceso del tratamiento. Y a la inversa, la EII afecta psicológicamente a quien la padece.

El estrés psicosocial se ha vinculado a la EII de diversas formas: mayor riesgo de actividad de la enfermedad ante sucesos vitales importantes⁽⁷⁾, elevada percepción de estrés y manifestaciones de la EII⁽⁸⁾, frecuencia e intensidad de eventos vitales y su relación con síntomas psicopatológicos en la EII⁽⁹⁾, relación entre EII y estrés diario o cotidiano⁽¹⁰⁾ y atribución, por parte de los pacientes, del origen de sus síntomas y agravamientos al estrés^{(11),(12)}. Por otro parte el uso de estrategias psicológicamente inadecuadas para afrontar el estrés también se ha relacionado con la EII⁽¹³⁾ y con sus psicopatología asociada⁽¹⁴⁾.

Al margen de la polémica acerca de la causalidad, sí parece clara la vinculación de la EII con síntomas de ansiedad^{(15),(16)} y depresión^{(17),(18)}. De hecho sí parece existir cierta causalidad entre psicopatología y exacerbación sintomática de la EII⁽¹⁹⁾. Es innegable, como ya dijimos, el impacto psicológico de la EII (aquí se vería la EII como causa de la psicopatología) como se ha visto en algún trabajo⁽²⁰⁾. Incluso se ha determinado que la ansiedad y la depresión varían con la actividad de la enfermedad, siendo prominentes estos síntomas psicopatológicos solamente durante la fase aguda de la enfermedad y muy poco en la fase de remisión⁽²¹⁾. Sea causa, sea efecto, la vinculación EII-aspectos psicológicos es indudable. Como lo es la influencia de lo psicológico en las recaídas: la ansiedad y la depresión parecen tener efectos negativos en el curso de la EII⁽²²⁾. Las diferencias psicopatológicas entre EC y CU también se han analizado, con resultados bastante variados y que precisan de más investigación. Lo que sí resulta interesante es que la comparación entre EII y síndrome de intestino irritable (SII) da lugar a resultados bastante similares considerando sintomatología ansioso-depresiva⁽²³⁾.

Otro interés clásico en el tema es el que se refiere a la posible vinculación entre EII y personalidad. ¿Tienen características de personalidad específicas los pacientes con EII? Esa es la pregunta tradicional. Se ha vinculado la EII a inmadurez, rasgos obsesivos, dependencia, alexitimia, hostilidad o neuroticismo. La alexitimia (incapacidad para expresar verbalmente las emociones o los sentimientos, limitación de la vida imaginaria, tendencia a recurrir a la acción para evitar y solucionar los conflictos, y actividad del pensamiento orientada hacia preocupaciones concretas) es un clásico en psicosomática y se ha visto vinculado a la EII^{(24),(25)}. También la afectividad negativa y la hostilidad⁽²⁶⁾. Si la EII cambia la personalidad premórbida o la personalidad previa facilita la EII constituye una vez más el debate nuclear en este punto. De hecho, los pacientes con EII, más allá de cómo fueran antes, parecen desarrollar cierta obsesividad en cuanto a su patología (posibles nuevos brotes, urgencia defecatoria, etc.).

Los trastornos físicos y psicológicos de Juan Ramón Jiménez

Juan Ramón Jiménez nació en Moguer (Huelva) en 1881 y allí pasa los primeros años e inicia sus estudios. Hacia 1893 estudia Bachillerato (Artes) en el Puerto de Santa María (Cádiz) y en 1896 se desplaza a Sevilla con la idea de ser pintor. Tras contactar con el Ateneo de Sevilla inicia su andadura como escritor publicando en periódicos y revistas de Huelva y Sevilla. En Sevilla, hacia otoño de 1897, comienza a presentar “crisis nerviosas” (*me sentí muy enfermo y tuve que volver a mi casa*, diría). Tras iniciar estudios de Derecho, los abandona en 1899 y un año después

marcha a Madrid ⁽²⁷⁾. En 1900 fallece su padre y JRJ señala: *la muerte de mi padre inundó mi alma de una preocupación sombría; de pronto sentí una noche que me ahogaba y caí al suelo; este ataque se repitió en los siguientes días; tuve un profundo temor a una muerte repentina; solo me tranquilizó la presencia de un médico.* Y lo de que sólo le tranquilizaba la presencia de un médico se haría realidad. La posición pudiente de la familia consiguió que su médico de cabecera de Moguer, Doctor Almonte, decidiera que JRJ le acompañara en sus visitas para no estar solo. A cambio, le “prescribió” dejar de escribir y destruir todos sus papeles (de acuerdo con las recomendaciones médicas de la época para tratar la neurastenia). Sobre estos primeros problemas JRJ dejó escrito: *Malo, muy malo yo estaba / cuando se fue aquel invierno...; / no sé de qué, pero el caso / es que mis dichas murieron; / y me llevaron al campo /a respirar aires buenos...* Con ocasión de severos problemas familiares parece sufrir lo que ya sería un **primer síndrome depresivo** que le lleva a un ingreso en Burdeos en 1901 y luego en el Sanatorio del Rosario de Madrid. Antes, había descansado en Panticosa (Huesca) ya claramente depresivo. Tras una estancia en su pueblo natal (al que vuelve en 1905 al continuar el problema económico de la familia) proseguirá su trabajo literario en Madrid⁽²⁸⁾. En 1913 conoció a Zenobia Camprubí Aymar y, tras un noviazgo difícil, se casó con ella en Estados Unidos en 1916 (figura 3). El estallido de la Guerra Civil española posiciona a Juan Ramón en el lado de la República lo que, ante la presión del momento, le lleva a dejar España y a instalarse en Washington como agregado cultural. Antes, en 1937, el matrimonio había ido a Cuba donde JRJ impartió unas conferencias (“El trabajo gustoso”, “El espíritu de la poesía española contemporánea” y “Evocación de Valle-Inclán”) que se publicaron en la revista *Ultra*, en su edición de enero-febrero de 1937. En 1938 falleció un sobrino de JRJ luchando en la Guerra Civil española, en el frente de Teruel ²⁷. Con respecto a este suceso diría Zenobia: *El dolor dejó a Juan Ramón absolutamente estéril por casi año y medio* ⁽²⁹⁾.



Figura 3.- Zenobia Camprubí y Juan Ramón Jiménez, el día de su boda, en la iglesia de St. Stephen, en Nueva York, el 2 de marzo de 1916.

En 1939 su casa de Madrid fue saqueada y robados sus libros. Desde 1939 a 1942 vivieron en Miami y en 1942 se trasladaron a Washington. En 1940 **tuvo que ser ingresado por depresión** en el Hospital de la Universidad de Miami. De 1944 a 1946 el matrimonio fue contratado para dar clases como profesores en la Universidad de Maryland. En 1946 Juan Ramón volvió a ser hospitalizado unos ocho meses por **un nuevo episodio depresivo**. En 1947 se instalaron en Riverdale (al lado de una clínica) y en 1950 en Puerto Rico para dar clases. Una **fuerte depresión nerviosa**, debida a su condición de exiliado y al intenso trabajo, obliga a ingresar a Juan Ramón en varios hospitales de Washington, y en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore ²⁷.

Es en noviembre de 1950 cuando el matrimonio viaja a Puerto Rico, esperando que el encuentro con un clima benigno y con el idioma español saque al poeta de su abatimiento. Al año siguiente se alojan en un sanatorio psiquiátrico

dirigido por el doctor García Madrid. Zenobia da clases en la Universidad de Puerto Rico en Río Piedras y JRJ comienza a escribir "De ríos que se van". A finales de año Zenobia se traslada a Boston para ser operada de cáncer. A finales de 1954 JRJ es hospitalizado de nuevo debido a una **fuerte crisis depresiva**. En 1956 Juan Ramón recibió el Premio Nobel de Literatura y unos días después falleció Zenobia en San Juan de Puerto Rico. En el mismo hospital fallecería Juan Ramón dos años después. En 1957 JRJ se encerró en su casa durante meses y no quiso ver a nadie. Se recuperó gracias a la intervención y cuidados profesionales de la enfermera María Emilia Guzmán, quien luchó contra la depresión y la actitud terca de Juan Ramón hasta devolverle la salud y la lucidez, aunque nunca más la alegría. El exilio de JRJ duró hasta su muerte pasando por Cuba, Miami, Maryland y Puerto Rico, donde murió a los setenta y siete años²⁷.

En la fecha del informe clínico de JRJ al que hemos tenido acceso (Figura 4) estaban perfectamente tipificadas la CU y la EC. Sin embargo los métodos diagnósticos eran mucho más escasos. En 1950 aún no se habían puesto a punto los aparatos de fibra óptica flexible para el estudio de las cavidades internas. El recto y sigma se exploraban con rectoscopio rígido. Pero los tramos más proximales, colon descendente, transverso y ascendente no eran accesibles.

Desde la vertiente radiológica, las exploraciones se limitaban a la radiología simple y a los estudios con contraste. Estos últimos sí permitían visualizar el colon en toda su extensión pero el intestino delgado, región donde la EC se manifiesta principalmente estaba también oculto, salvo por los tránsitos con contraste.

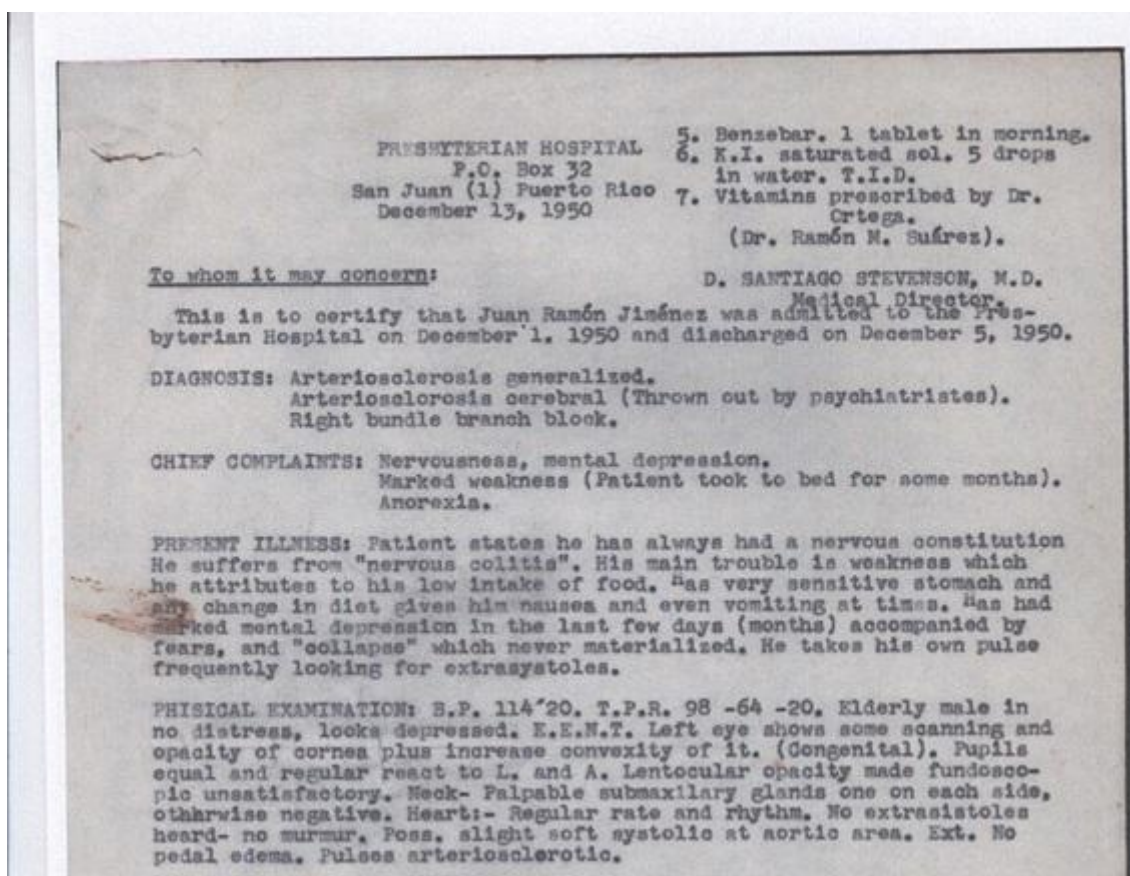


Figura 4.- Informe clínico de alta de 13 de diciembre de 1950 de JRJ. Presbyterian Hospital de San Juan de Puerto Rico

El exilio de JRJ duró hasta su muerte pasando por Cuba, Miami, Maryland y Puerto Rico, donde murió a los setenta y siete años.

Análisis patobiográfico de Juan Ramón Jiménez

Como se ha destacado, JRJ fue atendido en repetidas ocasiones por prestigiosos médicos y psiquiatras y precisó varios ingresos en clínicas psiquiátricas de Francia (Maison de Santé du Castel D'Andorte en Le Bouscat, cerca de Burdeos) en 1901, España, (Madrid -Sanatorio del Rosario en 1902), y posteriormente en Estados Unidos y Puerto Rico. Desde el punto de vista psicológico a JR se le ha descrito como fóbico de la muerte, obsesivo, muy hipocondríaco, profundamente melancólico y narcisista patológico. En su infancia, él mismo dice que *recuerdo bien que jugaba muy poco y era gran amigo de la soledad* y que era enfermizo. Así, señala *tuve, de niño, todas las enfermedades de los niños y, varias veces, el garrotillo, y la alferecía tetánica, cuyos nombres daban sus buenos sustos a mi familia*. Se confiesa también enamorado a propósito de un primer amor llamado Pepita Gonzalo: *el primer sentimiento de la mujer delicada, fina, sutil, incorpórea, hermana del sueño y de la enredadera, me lo dio Pepita Gonzalo... ¡Cómo soñaba, y con qué pena, yo, niño basto de pueblo, basto, basto, basto, con Pepita Gonzalo!*⁽³⁰⁾

De los datos biográficos antes reseñados no cabe duda de que hay que establecer una relación entre JRJ y la **depresión**. Clásicamente se habla en psicopatología de la melancolía y de la depresión melancólica (muchas veces

equiparada a la endogeneidad en contraposición a cuadros más reactivos), términos ya en desuso. Que cambien los términos, sin embargo, no significa que cambien las realidades a que se refieren. Si hiciéramos referencia a un lenguaje moderno para apuntar los “criterios diagnósticos” de la melancolía, veríamos que muchos se cumplen en el caso de JRJ: carácter hosco, poco agradable, problemas de sueño, disgusto por todo, tedio, deseos continuamente cambiantes, angustia vital, tendencia a permanecer meditabundo, afición a la soledad por una mezcla de goce en ello y temor de lo contrario, etc. Para rematar cualquier duda al respecto, el propio JRJ escribe *Melancolía* con poemas muy sugerentes. Baste algún ejemplo ²⁷:

*La tarde hace más grande mi dolor, más oscuro.
Como un fantasma, se adelanta el remordimiento
y, con dedos de sombra, escribe sobre el muro
un Mane Thecel Phares inminente y sangriento.
Con el llanto que brota mi corazón, habría
para colmar un mundo de miseria y de escoria;
las nubes pasan negras, y me ponen umbría
la ilusión, frío el sueño, y medrosa la gloria.
¡Oh, qué mano pudiera desbaratar lo hecho,
clavar en cada espina una hoja de rosa,
poner la tarde en orden, y convertir el pecho
en una estrella grande, serena y luminosa!*

Su **tendencia al aislamiento** le viene de niño. En *Habla el poeta* (1907) expresa ²⁸: *Ahora, esta vida de soledad y de meditación, entre el pueblo y el campo, con el rosal de plata de la experiencia en flor, la indiferencia más absoluta para la vida y el único alimento de la belleza para el corazón.* También destaca en JRJ una **personalidad tanatofóbica e hipocondríaca**. Esa constelación de miedo parece surgir con ocasión de la enfermedad y muerte de su padre y tras ello a JRJ lo único que le tranquilizaba era la presencia de un médico, la cercanía de un hospital. Sirva de primer ejemplo el hecho de que con ocasión de su primer ingreso, cerca de Burdeos, no lo hizo en el propio sanatorio sino en la misma casa del doctor Lalanne ²⁸. Sobre sus temores y aprensiones señalaría en una carta a Rubén Darío ⁽³¹⁾:

Mi salud no es buena, la taquicardia –que a veces llega a ser paroxística- de mi enfermedad nerviosa debe haber determinado una hipertrofia del ventrículo izquierdo a lo que puedo juzgar. Lo que piensan de esto los médicos no lo sé; pues, como usted comprende, ellos no dicen la verdad... si la saben. No puedo andar mucho porque viene la fatiga muscular y la disnea; así que paso el día en el jardín o en el cuarto de trabajo, leyendo, soñando, pensando, y escribiendo.

Fue Freud el primero en diferenciar entre psiconeurosis de defensa (histeria, obsesión, fobia) y neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría). Siendo todas ellas “neurosis”, lo somático de las psiconeurosis sería lo conversivo mientras que en las neurosis actuales lo somático sería esencialmente psicossomático. Lo conversivo sería, en esencia, algo simbólico (expresión del conflicto psíquico), lo que no estaría presente en lo psicossomático. En este caso habría una psicodinámica vacía, deslibidinizada y sin sentido. Para la escuela psicossomática de París, lo psicossomático estaría más cerca de lo psicótico que de lo neurótico. Sea como fuere, la psicossomática clásica hablaba de especificidad y trastornos ¹. Especificidad, ¿de qué? Para unos (por ejemplo Dunbar ⁽³²⁾) personalidades específicas llevarían a alteraciones específicas y para otros (por ejemplo Alexander⁴) serían conflictos específicos los que llevarían a diferentes modos de enfermar.

Ya desde la infancia se va forjando la personalidad de JRJ con unos elementos bien definidos como son la debilidad (niño enfermizo), la búsqueda de soledad y una tendencia introspectiva (mundo interior) compleja. Más tarde se insta una constelación de síntomas de ansiedad cristalizada en síntomas de estirpe fóbico-hipocondríaca.

La muerte de su padre, la marcha de España, la entrada en su casa de Madrid para ser saqueada y la muerte de su sobrino son algunos eventos traumáticos severos que sin duda afectaron a la salud psicofísica de JRJ. Lindeman (1950) ⁽³³⁾ publicaría un artículo en el que vinculaba el curso de la colitis ulcerosa con cambios vitales. Ponía como ejemplo el de un paciente que había perdido a su hermano por marchar éste al servicio militar y cómo había empeorado su clínica intestinal a la par que aparecido un episodio depresivo. A propósito de este caso, Rof Carballo (en su obra *Cerebro interno y mundo emocional*) señalaría que los vínculos emocionales son algo más que satisfacción de tendencias o caprichos. Se trata, decía, de diversas modulaciones de una situación que es normal y para todo hombre inexcusable, aunque se niegue a verla, tan inexcusable como el propio entonamiento que acopla su sistema circulatorio con la respiración. Su mundo emocional, que se ha ido estructurando en una determinada forma desde la infancia, sigue, en todo momento, articulando su vida con la prójimo, por independiente que el hombre crea ser ⁽³⁴⁾.

JRJ y registro documental

En un primer documento estudiado (carta de Zenobia, desde Riverdale, a Carlos Luzuriaga, 3 de mayo de 1949) (Figura 5) se indica que desde mitad de enero JRJ *con motivo de un nuevo recrudecimiento de la colitis ha tenido abandonado su trabajo literario, sólo ha podido cumplir con la Universidad.* Y se añade: *el estado político del mundo y ciertas críticas en alguno de los periódicos de aquel país parecen haber desanimado a J.R. un poco.* Agravamiento de colitis y desánimo resultan convergentes en el estado de JRJ de aquel momento. La percepción de los problemas, el estrés suscitado por ellos, parece unirse aquí al agravamiento sintomático intestinal. Tenemos aquí a un JRJ que parece

ir tirando a trancas y barrancas (*abandonado su trabajo literario...*), todo parece cuesta arriba y eso que, según Zenobia, estaba *un poco* desanimado. Probablemente no lo estaba sólo un poco.

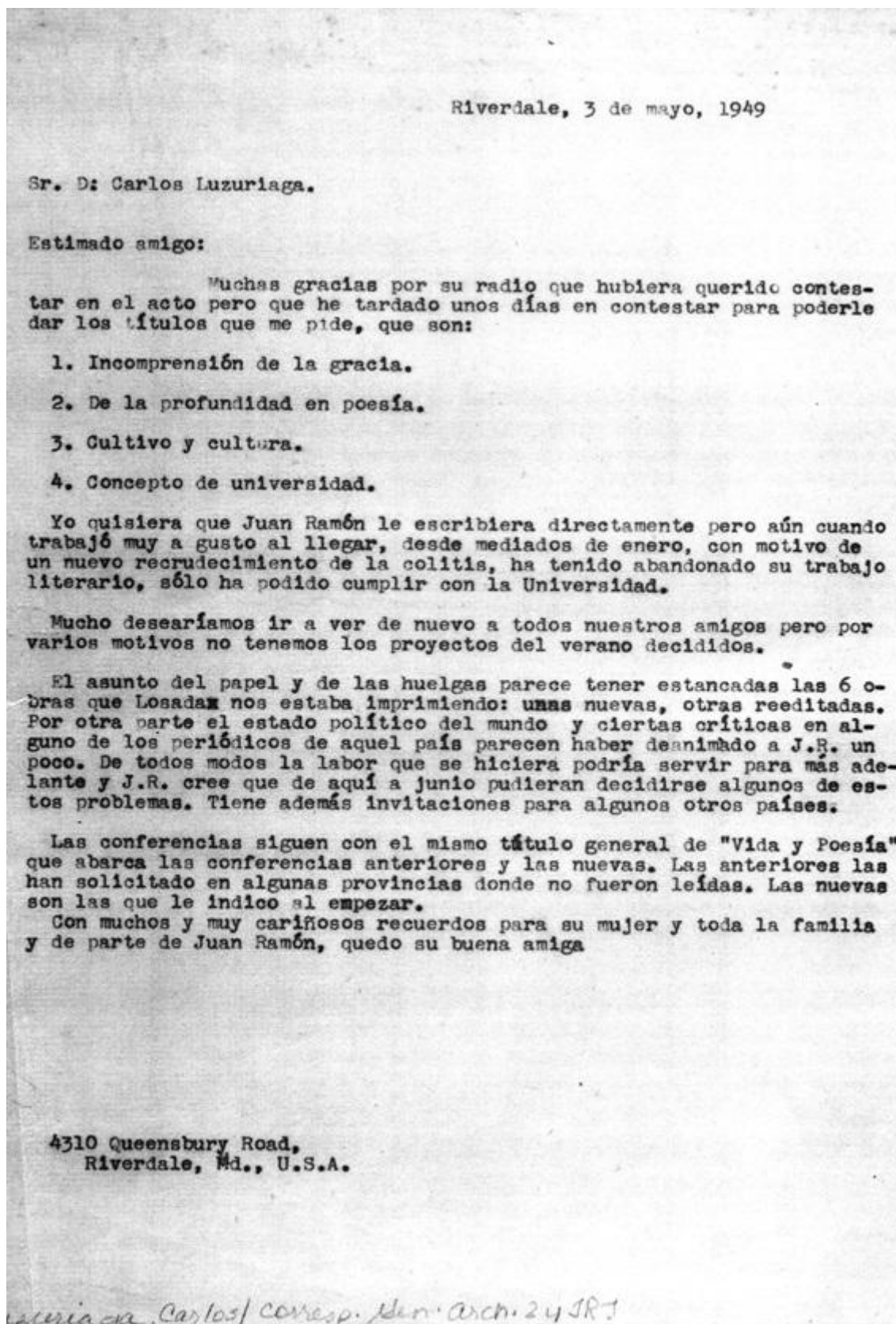


Figura 5.- Carta de Zenobia Camprubí desde Riverdale, Maryland, EEUU a Carlos Luzuriaga, 3 de mayo de 1949.

El 1 diciembre de 1950 es ingresado en el Presbyterian Hospital de San Juan de Puerto Rico (Figura 4). Fue dado de alta el día 5 con los siguientes diagnósticos: *arteriosclerosis generalizada, arteriosclerosis cerebral y bloqueo de rama derecha*. En cuanto a las quejas principales se deja constancia de *nerviosismo, depresión mental, acusada*

debilidad (meses en cama), anorexia. En cuanto a la enfermedad del momento se deja reflejo de que JRJ siempre tuvo una *constitución nerviosa* y que padecía *colitis nerviosa*. Presentaba una extrema debilidad atribuida a una baja ingesta de alimentos vinculada a un estómago muy sensible que respondía con náuseas y vómitos ante cualquier intento de cambio dietético. En cuanto a la depresión, parece claro que era importante en los últimos meses y se presentaba acompañada de “miedos” y sensación de “colapso”, nunca materializado. Nos encontramos con el *body checking* que acompaña con frecuencia a las personalidades hipocondríacas (*se tomaba el pulso frecuentemente a la búsqueda de extrasístoles...*). En la exploración física JRJ se mostraba depresivo y no presentaba extrasístoles. Firma el informe el Dr. Santiago Stevenson, director médico.

En el tercer documento examinado, de 4 de agosto de 1955 (Figura 6), Zenobia se dirige en respuesta a Elva de Lóizaga residente en Buenos Aires. Comienza diciendo que en julio del año anterior (1954) había recibido su carta pero que en ese momento JRJ *estaba empezando a encontrarse tan mal que, al mes de estar explicando su seminario (como se dejaba de ver) tuvo que abandonarlo.* Se hace una breve narración del periplo hospitalario de JRJ desde el 10 de septiembre de 1954. Se habla de un primer hospital en el que, al mes de estancia, JRJ estaba peor que en el momento del ingreso. Pasa a un segundo hospital, más confortable, pero vuelve a empeorar (*con ayuda de un tratamiento desacertado de quien se supone el mejor médico en su especialidad en Puerto Rico*), lo que le lleva, más grave, a un tercer hospital el 20 de diciembre. Allí, a base de transfusiones, mejoró JRJ y pudo volver a casa en febrero de 1955. Al respecto señala Zenobia: *yo volví a dormir tranquila y él fue recuperando las fuerzas físicas pero le ha quedado una gran depresión de ánimo de la que nos vamos deshaciendo más despacio.* En esta frase vuelve a ponerse en un primer plano la patología depresiva de JRJ y el hecho, por lo demás frecuente, de que se habla en primera persona del plural: *nos vamos deshaciendo más despacio.* Es la auténtica vivencia del cuidador ante la enfermedad mental de un ser querido. La apatía de JRJ queda plasmada en un acúmulo de correspondencia que Zenobia trata de dar salida (*lo primero fue sacar el archivo de cartas por contestar, cuyo número no me aterra porque las tengo casi todas en orden alfabético...*). Finalmente, Zenobia expresa la situación de JRJ: le habían dejado una sala en la Universidad y él, agradecido, donó sus cosas (biblioteca, recuerdos, cerámica, retratos, cuadros, etc.). Y añade Zenobia que allí, en la sala, permanecía sentado *en una gran butaca mientras yo me voy a trabajar a la mesa y le disparo preguntas...*

No cabe duda de que la dolencia de JRJ en aquella época era grave e importante. Que le tuvieran que poner nueve transfusiones indica una anemia considerable probablemente debida a sangrado por el intestino, secundario a una colitis ulcerosa activa. El hecho de precisar repetición en las transfusiones a lo largo de semanas o meses probablemente esté en relación con el mantenimiento de la actividad de su colitis ulcerosa que seguiría sangrando y por tanto precisando más transfusiones. La EII cursa por brotes, mejorando o empeorando aunque no se esté recibiendo tratamiento específico. Si la anemia hubiera sido por otra causa no habría revertido simplemente con las transfusiones y en mas o menos tiempo habría desvelado su origen o habría causado otras alteraciones.

Hato Rey, P.R., 4 de agosto de 1955
Apartado 1933, Universidad, Río Piedras
P.R.

Sta. Da. Elva de Lóizaga,
Buenos Aires.

Querida Elva de Lóizaga:

Para no ser más que yo quien le conteste, la he hecho esperar demasiado, pero voy a explicarle por qué.

Cuando llegó su carta del 14 de julio del año pasado, ya Juan Ramón estaba empezando a encontrarse tan mal que, al mes de estar explicando su seminario (como se dejaba de ver) tuvo que abandonarlo. Para el 10 de setiembre estaba en el primer hospital, en donde, al mes de estancia se comprobó que estaba peor que al entrar y pasó a otro más confortable en donde la cosa se puso peor todavía (con la ayuda del tratamiento des-ascertado de quien se supone el mejor médico en su especialidad de P.R.) Para el 20 de diciembre pasó J.R. en estado ya grave al tercer hospital en donde lo primero que hicieron fué mandarme, en el acto, por la primera trasfusión de sangre. Cómo se pusieron las cosas se lo dirá el que el 26 de diciembre, a las 3 de la madrugada me sacaron, con urgencia de la cama (no me dejaban estar en el hospital con él). Hasta el primero del año yo tuve abandonadas las esperanzas pero el 55 fué bueno con nosotros y a las 9 trasfusiones ya se pre-suponía que en febrero podría volver a casa y así fué. Yo volví a dormir tranquila y él fué recuperando las fuerzas físicas pero le ha quedado una gran depresión de ánimo de la que nos vamos deshaciendo más despacio.

Hace ya tiempo que yo reanudé la correspondencia más urgente de J.R. pero, en lo posible, quiero que la afectiva parte de él y por eso me he alegrado tanto cuando ayer me ha dicho que nunca le había él contestado a una carta tan bonita como Vd. le escribió y me recordó aquello de que le había "tocado la manga de su saco" cuando se encontró en el escenario con tanta gente que no le daba para más. Así que esta mañana, lo primero que hice fué sacar el archivo de cartas por contestar, cuyo número no me aterra porque las tengo casi todas en orden alfabético y... allí estaba, claro está, su carta. Me la traje en el bolso a la Universidad que tan bien se ha portado con J.R. en estos tiempos malos y al que él, agradecido, le ha regalado su biblioteca particular y muchos recuerdos suyos, cerámicas, retratos, cuadros, etc. para darle calor de habitada a la preciosa sala que le han cedido. J.R. se instala en una gran butaca mientras yo me voy a trabajar a la mesa y le disparo preguntas. Hoy me he sentado en otra butaca y le he vuelto a leer su carta. El resultado ha sido ésta.

Un buen abrazo y nuestro agradecimiento por su cariño.

¿Por dónde anda ahora María Elena?

izaga, Elva de /Corresp. Gen. Arch. Z y JRI

Figura 6.- Carta de Zenobia Camprubí desde Río Piedras, Puerto Rico a Elva de Loizaga, residente en Buenos Aires, 4 de agosto de 1955.

Discusión

Como enfermedad de las clásicamente llamadas psicosomáticas, la EII afecta a pacientes bastante dependientes, característica que se puede utilizar para dar apoyo e interpretar el estado psicológico en los diversos momentos de la enfermedad. Se ha dicho ⁽³⁵⁾ que en el tratamiento hay que prestar particular atención a los problemas

actuales en la vida cotidiana de los pacientes, haciendo hincapié en la evaluación de las dificultades y las reacciones, especialmente con ellos mismos (autoestima, culpa) y su medio (dependencia, sumisión, necesidad de afecto). Deben analizarse las ansiedades y los mecanismos para sobrellevar situaciones de los pacientes, por ejemplo, solicitudes de atención completa, necesidad de tener siempre la razón, falta de autoafirmación, etc. A menudo los pacientes repiten un patrón de estrés en sus relaciones interpersonales. Hay que enseñar a los pacientes cómo modificar el patrón perturbador y actuar de una manera nueva y más sana. La mayoría tiende a adoptar comportamientos mentales y físicos de regresión psicológica, y suelen regresar a un período traumático o sumamente conflictivo. Muchas veces, debido a la falta de motivación y el mal estado físico del paciente, quizá sea necesario modificar el enfoque psicoterapéutico frecuentemente. Vemos en JRJ una clara dependencia de “cuidadores”, necesidad de afecto, tendencias culpabilizadoras y un patrón de elevada percepción de estrés a lo largo de su vida. Sintomatología depresiva, ansiedad y síntomas digestivos estuvieron ligados a JRJ a lo largo de su vida y bien vinculados al devenir de la misma. Depresión, aislamiento, nosofobia e hipocondría forman la constelación psicológica de dependencia afectiva, una necesidad imperiosa de un cuidador pegado a su vida. JRJ comenzó siendo un niño débil y enfermizo y también eso fue seña de identidad vital. Hay momentos en que vuelve su atención hacia sí mismo (escuchando sus síntomas, su cuerpo) cayendo en una especie de desconexión del medio (*leyendo, soñando, pensando y escribiendo*) que le sumen en una profunda apatía. Siguiendo el esquema de Uribe (2006) ⁽³⁶⁾ la Figura 7 representa bien el modelo de desarrollo de síntomas somáticos desde la óptica psicósomática. No cabe duda que en JRJ, el trauma relativamente temprano y el estrés recaen sobre una disposición genética enfermiza con resultado de dificultad comunicativa verbal (diríamos que en muchas ocasiones en lugar hablar JRJ hablan sus síntomas) a un apego marcado por la necesidad de cuidados permanentes (médicos, Zenobia) y a un estilo aislacionista. Eventos vitales sufre varios e intensos a lo largo de su vida y todo ello parece marcar el devenir de su patología orgánica.

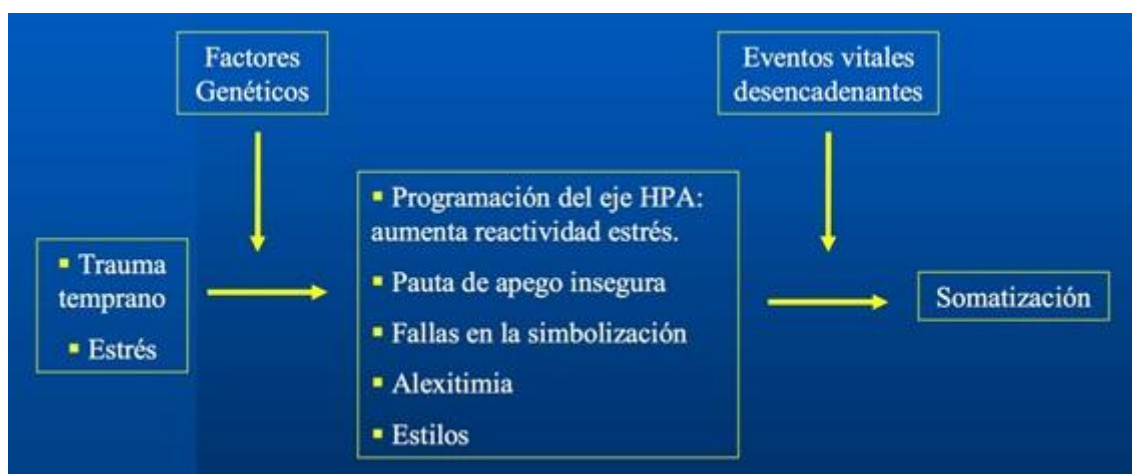


Figura 7.- esquema de Uribe relativo al modelo de desarrollo de síntomas somáticos desde la óptica psicósomática

Conclusiones

Para concluir, puede afirmarse que la EII de Juan Ramón Jiménez y sus trastornos psicológicos fueron de la mano durante toda su vida. Sin entrar en relaciones de causalidad entre EII y psicopatología, algo sobradamente debatido, hay clara evidencia de la asociación del estrés psicosocial y de varios aspectos psicopatológicos con la EII. Diríamos que lo psicológico incide en la frecuencia e intensidad de los períodos de actividad, en la exacerbación de los síntomas o en la marcha del proceso del tratamiento y, a la inversa, la EII afecta psicológicamente a quien la padece. Ambos sentidos son de aplicación en la vida de nuestro premio Nobel. Su patología depresiva recurrente, sus rasgos marcadamente neuróticos y sus temores fóbicos e hipocondríacos, junto con sus tendencia al aislamiento son patentes en su biografía y, sin duda, influyentes en el devenir de su patología intestinal.

Podría culminarse este trabajo recordando las palabras de Rof Carballo ⁽³⁷⁾ cuando decía: *todos los actos del hombre, sensitivos, sensoriales, motores, asociativos, intelectuales, volitivos, etc., van desarrollándose sobre este fondo o escenario emotivo, poderosamente influidos por su contextura que en sus líneas más generales obedece a normas universales para el género humano, pero que, en cada individuo, ha sido matizado por su **constitución hereditaria** y por los incidentes de su **peculiar biografía***. Palabras que, destacando cuanto aparece en negrita, nos llevan a una verdadera medicina psicósomática y a una visión global de las dolencias de Juan Ramón Jiménez a lo largo de su vida.

Referencias

1. Otero J, Rodado J. El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. Aperturas Psicoanalíticas. 2004;16
2. Jáuregui-Lobera I. Manual de Patología Nutricional del adulto para dietistas-nutricionistas. Madrid: Aula Médica; 2016

3. Gassull MA, Gomollon F, Hinojosa J, Obrador A. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*, III Edición. Editorial ARAN, 2007. ISBN 978-84-86725-98-3
4. Alexander F. *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. New York: W.W. Norton, 1950.
5. Li J, Norgard B, Precht DH, Olsen J. Psychological stress and inflammatory bowel disease: A follow-up study in parents who lost a child in Denmark. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1129-33
6. Levenstein S. Psychosocial factors in peptic ulcer and inflammatory bowel disease. *J Consul Clin Psychol* 2002;70:739-50.
7. Duffy LC, Zielezny MA, Marshall JR, Byers TE, Weiser MM, Phillips JF, et al. Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behav Med* 1991;17:101-110
8. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Andreoli A, et al. Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multidimensional cross-sectional study. *Am J Gastroenterol* 1994;89:1219-25
9. Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Bitton A, Daly D, Wild GE, Cohen A, et al. Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2001;96:1470-79.
10. Garrett, VD, Brantley PJ, Jones GN, McKnight GT. The relation between daily stress and Crohn's disease. *J Behav Med* 1991;14:87-96
11. Hart A, Kamm MA. Mechanisms of initiation and perpetuation of gut inflammation by stress. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16: 2017-28
12. Robertson DA, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1989;30:623-26.
13. Smolen DM, Topp R. Coping methods of patients with inflammatory bowel disease and prediction of perceived health, functional status, and well-being. *Gastroenterol Nurs* 1998;21:112-28
14. Crane C, Martin M. Social learning, affective state and passive coping in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:50-58
15. Andrews H, Barczak P, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1987;28:1600-4
16. Tarter RE, Switala J, Carra J, Edwards KL, Van Thiel DH. Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after disease onset. *Int J Psychiatr Med* 1987;17:173-81
17. Magni G, Bernasconi G, Mauro P, D'Odorico A, Sturniolo GC, Canton G, et al. Psychiatric diagnoses in ulcerative colitis. A controlled study. *Br J Psychiatry* 1991;158:413-15
18. Clouse RE, Alpers DH. The relationship of psychiatric disorder to gastrointestinal illness. *Ann Rev Med* 1986;37:283-95
19. Walker EA, Gelfand MD, Gelfand AN, Creed F, Katon WJ. The relationship of current psychiatric disorder to functional disability and distress in patients with inflammatory bowel disease. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18: 220-9
20. Addolorato G, Stefanini GF, Capristo E, Caputo F, Gasbarrini A, Gasbarrini G. Anxiety and depression in adult untreated celiac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: a personality "trait" or a reactive illness? *Hepatogastroenterology* 1996;43:1513-17
21. Porcelli P, Leoci C, Guerra V. A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:792-6
22. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, Oefflerbauer-Ernst A, Miehsler W, Beier M, et al. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosom Med* 2004;66:79-84
23. Pace F, Molteni P, Bollani S, Sarzi-Puttini P, Stockbrugger R, Porro GB, et al. Inflammatory bowel disease versus irritable bowel syndrome: a hospital-based, case-control study of disease impact on quality of life. *Scand J Gastroenterol* 2003;38:1031-38
24. Fava GA, Pavan L. Large bowel disorders. II. Psychopathology and alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1976-1977;27:100-5
25. Porcelli P, Taylor GJ, Bagby RM, De Carne M. Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. A comparison with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom* 1999;68,263-9
26. Ondersma SJ, Lumley MA, Corlis ME, Tojek TM, Tolia V. Adolescents with inflammatory bowel disease: the roles of negative affectivity and hostility in subjective versus objective health. *J Pediatr Psychol* 1997;22: 723-38
27. Juan Ramón Jiménez. *Vida-Biografía*. Fundación Juan Ramón Jiménez. Disponible en: <http://www.fundacion-jrj.es/juan-ramon-jimenez/vida-biografia/>
28. Cardwell RA. Juan Ramón Jiménez y los doctores: decadencia y psicopatología en su primera obra (1897-1900). *Revista Internacional d'Humanitats* 2012; 26 set-dez 2012;26:23-36
29. Camprubí Z. *Diario*. II. Estados Unidos (1939-1950). Madrid: Alianza;1995
30. Fernández LJ, Casas E. Juan Ramón Jiménez: su universo mental. *Revista de Humanidades "Cuadernos del Marqués de San Adrián"* 2007;5:21-36
31. Jiménez JR. Carta a Rubén Darío (Moguer, Junio, 2, 1900). Biblioteca virtual Miguel de Cervantes. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/carta-a-ruben-dario-moguer-junio-2-1900-manuscrito--0/>
32. Dunbar F. *Diagnóstico y tratamiento psicósomáticos*. Barcelona: Publicaciones médicas;1950
33. Lindemann E. *Life Stress and Bodily Disease*. *Res Publ Ass Nerv Ment. Dis* 1950;29:706
34. Rof Carballo J. *Cerebro interno y mundo emocional*. Barcelona: Labor; 1952

35. Sadock BJ, Sadock VA (Eds.). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia PA: Lippincott, Williams & Wilkins;2004
36. Uribe M. Modelos conceptuales en medicina psicosomática. Revista Colombiana de Psiquiatría 2006;7S-20S
37. Rof Carballo J. Patología Psicosomática. Madrid: Paz Montalvo; 1949