



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

**PROGRAMA DE DOCTORADO:  
CIENCIAS DE LA SALUD**

**Estudio de la enfermedad del rey Fernando VI**

**Autor:  
Santiago Fernández Menéndez**





Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

**PROGRAMA DE DOCTORADO:  
CIENCIAS DE LA SALUD**

**Estudio de la enfermedad del rey Fernando VI**

**Autor:  
Santiago Fernández Menéndez**





## RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: <b>Estudio de la enfermedad del Rey Fernando VI.</b>	Inglés: <b>Investigation about the illness of Ferdinand VI.</b>
2.- Autor	
Nombre: <b>Santiago Fernández Menéndez</b>	DNI:
Programa de Doctorado: <b>Ciencias de la Salud.</b>	
Órgano responsable: <b>Comisión académica del programa de doctorado en ciencias de la salud.</b>	

### RESUMEN (en español)

Fernando VI fue rey de España entre 1746 y 1759. Durante su último año de reinado, Fernando VI fue perdiendo de manera rápidamente progresiva sus capacidades mentales y se recluyó en el castillo de Villaviciosa de Odón hasta su muerte el 10 de agosto de 1759. Ese periodo de tiempo entre agosto de 1758 y agosto de 1759 se conoce en la historiografía como el año sin rey, por la ausencia de la figura real como gobernante.

La enfermedad de Fernando VI es un hecho histórico de gran interés. Sin embargo, no es especialmente conocido ni ha sido investigado en profundidad. Gran parte de los trabajos hasta ahora apuntan a una posible enfermedad psiquiátrica como causa de la enfermedad, concretamente un episodio depresivo en el contexto de un trastorno bipolar de fondo. Esas afirmaciones se sustentan sobre todo al empezar la enfermedad de Fernando VI a manifestarse claramente tras el fallecimiento de la reina, a la cual el rey estaba muy unido. También se apoyan en el diagnóstico de uno de los doctores que lo atendió, el doctor Andrés Piquer. No obstante, aunque sí hay trabajos que analizan otras fuentes de información que vienen de otros testigos, estos generalmente parten de historiadores que no realizan una aproximación clínica a ojos de la medicina actual. Mientras que los trabajos que investigan la enfermedad desde un punto de vista más médico, son escasos en cuanto a las fuentes de información que utilizan.

El análisis de todos los documentos publicados hasta ahora sobre la enfermedad de Fernando VI, permite ver una serie de debilidades acerca de las hipótesis planteadas, al igual que se intuye que puedan existir múltiples fuentes de información primaria más allá de lo escrito por el



doctor Andrés Piquer. Por esas razones se decide una investigación bajo la hipótesis de que la enfermedad que sufrió Fernando VI en su último año de vida se puede explicar por un trastorno orgánico, probablemente de origen neurológico. Esa investigación tiene varios objetivos: primero, analizar cuantas fuentes de información primaria existen en los archivos documentales que hablen sobre la enfermedad de Fernando VI. Segundo, obtener, en la medida de lo posible, una historia clínica sobre la evolución del rey durante su enfermedad. Tercero, analizar los diferentes síntomas que sufrió el monarca durante el año sin rey. Cuarto, analizar los cuidados terapéuticos realizados al monarca. Quinto, realizar una aproximación clínica de toda la sintomatología. Finalmente, intentar establecer un diagnóstico sindrómico y etiológico de la enfermedad, en la medida de lo posible.

La investigación se realizó en base a una amplia investigación documental en varios archivos españoles. En total se transcribieron para su estudio 1176 documentos de múltiples testigos del aquel evento histórico. Los testigos principales que más información aportan son el doctor Andrés Piquer, el infante don Luis y el ministro Ricardo Wall.

El análisis de la documentación permite obtener una historia clínica detallada, donde se concluye que Fernando VI sufrió un trastorno rápidamente progresivo. Ese trastorno se caracterizó por una desorganización conductual con impulsividad, potenciación de sus rasgos de personalidad previos y una conducta alimentaria errática; un deterioro cognitivo con pérdida precoz de capacidad de juicio hasta llegar a una demencia severa, y crisis epilépticas de semiología focal frontal derecha. Además, el monarca sufrió importantes complicaciones médicas sobreañadidas que le llevaron a una situación de caquexia extrema con úlceras por encamamiento. Finalmente, Fernando VI falleció en el contexto de una descompensación epiléptica severa que empezó a tener a principios de agosto de 1759.

No se puede establecer una etiología a la enfermedad de Fernando VI al tratarse de un evento lejano en el tiempo, y la ausencia total de lo que hoy se considera un estudio complementario reglado. No obstante, desde el punto de vista sindrómico sí se puede establecer con un alto nivel de certeza que Fernando VI padeció un trastorno neurológico focal frontal derecho rápidamente progresivo. La hipótesis del trastorno depresivo parece muy poco probable a raíz de una historia clínica no congruente.

Sin duda, Fernando VI debió de sufrir mucho durante su enfermedad, los médicos solo



demostraban su ignorancia diagnóstica y terapéutica, y todo ello empeoró las tensiones políticas que se dieron en el contexto de un rey absolutista, sin descendencia y en una situación de incapacidad para gobernar.

### **RESUMEN (en Inglés)**

Ferdinand VI was King of Spain from 1746 until 1759. During his last year of reign, Ferdinand VI was rapidly losing his mental capacity, and he was held in the Villaviciosa de Odón castle until his death on 10 August 10 1759. That period of time between August 1758 and August 1759 is known in historiography as the year without a king, due to the absence of the royal figure as ruler.

The disease of Ferdinand VI is a historical fact of great interest. However, it is not especially known and it has not been sufficiently investigated. Most of the work points to a possible psychiatric illness as a cause of the disease, specifically a depressive episode in the context of bipolar disorder. These opinions are based mainly on the disease of Ferdinand VI has clearly manifested after the death of the queen, to whom the king was very attached. These opinions are also based on the diagnosis of one of the doctors who attended the king, Doctor Andrés Piquer. However, although there are investigations that analyze other sources of information that come from other witnesses, these generally come from historians who do not carry out a clinical approach in the eyes of current medicine. While the works that investigate the disease from a more medical point of view, are scarce in terms of the sources of information they use.

The analysis of all the documents published so far on the disease of Ferdinand VI, allows us to see a series of weaknesses about the hypotheses established, as well as intuiting that there may be multiple sources of primary information beyond that written by Doctor Andrés Piquer. For these reasons an investigation is decided under the hypothesis that the disease that Ferdinand VI suffered in his last year of life can be explained by an organic disorder, probably of neurological origin. This research has several objectives: Firstly to analyze how many sources of primary information exist in the documentary archives that talk about Ferdinand VI's disease. Secondly to obtain, as far as possible, a medical history about the evolution of the king during his illness. Thirdly to analyze the different symptoms suffered by the monarch during the year without a king. Fourthly to analyze the therapeutic care performed to the monarch. Fifthly to perform a clinical approach to all symptoms. Finally to try to establish a syndromic



and etiological diagnosis of the disease, as far as possible.

The research was carried out based on extensive documentary research in several Spanish archives. In total, 1176 documents from multiple witnesses of that historic event were transcribed for study. The main witnesses who provide more information are Doctor. Andrés Piquer, the infant don Luis and minister Ricardo Wall

The analysis of the documentation allows to obtain a detailed medical history, where it is concluded that Ferdinand VI suffered a rapidly progressive disorder. This disorder was characterized by a behavioral disorganization with impulsivity, enhancement of their previous personality traits and erratic eating behavior; cognitive impairment with early loss of judgment until reaching severe dementia, and epileptic seizures of right frontal focal semiology. In addition, the monarch suffered significant medical complications that led him to a situation of extreme cachexia with pressure ulcers. Finally, Ferdinand VI finally died in the context of a severe epileptic decompensation that he began to have in early August 1759.

An etiology of Fernando VI disease cannot be established as it is a distant event in time, and the total absence of what is now considered a regular complementary study. However, from the syndromic point of view it can be established with a high level of certainty that Fernando VI suffered a rapidly progressive right frontal neurological disorder. The depressive disorder hypothesis seems very unlikely due to a non-congruent medical history.

Undoubtedly, Fernando VI must have suffered greatly during his illness, doctors only demonstrated his diagnostic and therapeutic ignorance, and all this worsened the political tensions that occurred in the context of an absolutist king, without offspring and in a situation of inability to govern.





*"I don't think it's a particularly good song; it mightn't be a song at all. But at least it showed me that all I needed to do was keep on writing and maybe eventually I would write something good."*

**George Harrison**

**Sobre la primera canción que compuso con The Beatles "Don't Bother Me"**



## **AGRADECIMIENTOS:**

Es de una gran dificultad nombrar a todas las personas que han colaborado en la realización de esta tesis. A todas ellas les estoy profundamente agradecido por su apoyo y colaboración. Basta decir que si se me olvida nombrar a alguien que me haya ayudado en alguna o otra manera, me perdone por ello y que comprenda la gran dificultad de sintetizar en pocos párrafos todo lo que se debería expresar.

En primer lugar, tengo que agradecer a toda mi familia. A Marta, mi mujer, le debo toda la motivación que me ha dado para arrancar este proyecto, al igual que su comprensión en todos los cientos de horas que he estado ausente para realizar este trabajo. A Gonzalo, mi hijo, lamento que no haya podido disfrutar más de su padre durante sus primeros dos años de vida, prometo recompensarlo, y le digo que siempre me acordaré de su compañía durmiendo a mi lado, mientras trabajaba en esta tesis. A mi padre, por todo el gran trabajo que ha realizado ayudándome con la realización técnica, necesitando para ello una gran cantidad de horas, esfuerzo y madrugones. A mi madre, por su apoyo desde el inicio y durante la tesis, la corrección de los textos y disponibilidad absoluta para ayudarme en cualquier momento. A mi hermano Miguel por su ayuda en la traducción de textos y corrección ortográfica, al igual que mi hermano Pablo por su apoyo e interés. Sin olvidar la gratitud que le tengo a miembros de mi familia política como Inés, Seve, Eva, etc, e incluso a Lesley, por su ayuda y colaboración siempre que se lo he pedido.

En segundo lugar, estoy profundamente agradecido a las personas del ámbito académico, universitario y hospitalario-laboral, a los que he recurrido desde el inicio hasta el final. Sin duda a mi director Julio Bobes por haber confiado totalmente desde el principio en este proyecto poco convencional, sin mostrar nunca ninguna duda sobre el lento desarrollo de la investigación. A mi codirector Víctor Manuel Antuña, echaré de menos todas las reuniones “en los bares de siempre” donde me daba consejos, bibliografía, me corregía, me alababa en mis aciertos, pero me criticaba en mis errores, también a él le agradezco de todo corazón su confianza en mí y en este proyecto desde el principio, si hubiera contado con su ayuda, esta tesis no se hubiera podido realizar. A mi tutor Jorge Luis Arias Pérez por ayudarme y asesorarme en todo el proceso de elaboración de la tesis. A Miguel Puerta Calleja por sus consejos y bibliografía sobre la

transcripción de documentos. A José Luis López Urdáñez, por motivarme, aconsejarme y resolver mis dudas vía email. A Juan Carriles, por ayudarme en todas mis dudas sobre neuropsicología, y todo el interés mostrado. Al resto de compañeros de trabajo, que de todos ellos siempre aprendo cosas todos los días. Sin olvidar a mis pacientes, si no fuera por ellos seguramente no hubiera tenido las ideas que he desarrollado en esta tesis.

En tercer lugar, a todos mis amigos que me han ayudado siempre que se lo he pedido. Quisiera destacar, por su papel en la elaboración particular de esta tesis, a Iván Fernández e Iván Menéndez, Ángel, Chema, Anais, Cesar y Carlota. No obstante, todas mis amistades no han disfrutado de mi compañía como antaño durante estos años de realización de esta tesis, por eso a todos le estoy agradecido por su comprensión y apoyo.

Por último, quiera agradecer a mi abuela, Olvido Benítez Hurlé, por haber inducido en mi desde niño la pasión por la historia. Sin ello, hubiera sido imposible que esta tesis se hubiera ni siquiera planteado.

*A mi hijo Gonzalo, mi pequeño gran capitán.*



# ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>7</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>11</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>I. CIRCUNSTANCIAS PERSONALES QUE ME LLEVARON A REALIZAR ESTA INVESTIGACIÓN. ....</b>	<b>17</b>
<b>II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA TESIS.....</b>	<b>25</b>
<i>2.1 Preguntas de las que parte esta tesis.....</i>	<i>25</i>
<i>2.2 Hipótesis.....</i>	<i>25</i>
<i>2.3 Objetivos. ....</i>	<i>25</i>
<b>PLAN DE INVESTIGACIÓN: MATERIAL, MÉTODOS Y DOCUMENTOS INVESTIGADOS... 27</b>	
<b>I. PLAN DE INVESTIGACIÓN: MATERIAL, MÉTODOS Y DOCUMENTOS INVESTIGADOS. ....</b>	<b>29</b>
<i>1.1 Búsqueda de fuentes primarias de información. ....</i>	<i>29</i>
<i>1.2 Método de transcripción.....</i>	<i>30</i>
<i>1.3 Búsqueda de otras fuentes de información.....</i>	<i>31</i>
<i>1.4 Archivos documentales investigados.....</i>	<i>32</i>
<i>1.5 Legajos y documentos analizados.....</i>	<i>32</i>
<b>II. TIPOS DE DOCUMENTOS ANALIZADOS Y PERSONAJES IMPLICADOS.....</b>	<b>36</b>
<i>2.1 Infante don Luis. ....</i>	<i>38</i>
<i>2.2 Ricardo Wall. ....</i>	<i>40</i>
<i>2.3 Duque de Béjar.....</i>	<i>40</i>
<i>2.4 Carlos VII de Nápoles, Bernardo Tanucci, Príncipe de Yachi.....</i>	<i>40</i>
<i>2.5 Gobernador del consejo de Castilla.....</i>	<i>41</i>
<i>2.6 Isabel de Farnesio y el Marqués de Gamoneda.....</i>	<i>42</i>
<i>2.7 Fernando VI y Bárbara de Braganza. ....</i>	<i>44</i>



2.8 Otros documentos y documentos médicos.....	45
2.9 Conclusiones finales sobre los documentos investigados.....	48
<b>CONTEXTO HISTÓRICO.....</b>	<b>49</b>
I. LA FIGURA DE FERNANDO VI Y SU REINADO.....	51
1.1 La España del siglo XVIII.....	51
1.2 El reinado de Fernando VI.....	54
II. LA MEDICINA ESPAÑOLA DEL SIGLO XVIII.....	59
2.1 Medicina tradicional y medicina ilustrada.....	59
2.2 La formación médica.....	60
2.3 Regulación del ejercicio profesional: El protomedicato, gremios, cofradías e inquisición. .....	65
2.4 La asistencia sanitaria a la población y el pluralismo médico.....	66
2.5 La enfermedad y la política sanitaria en la España del siglo XVIII: epidemias, hospitales y políticas de higiene pública.....	69
2.6 Los saberes médicos y la praxis médica.....	71
2.7 Terapéutica.....	75
III. ANDRÉS PIQUER.....	78
IV. ASISTENCIA MÉDICA EN PALACIO.....	80
4.1 Los médicos de cámara y el protomedicato.....	80
4.2 Los médicos de Fernando VI.....	82
<b>LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI.....</b>	<b>87</b>
I. ANTECEDENTES FAMILIARES.....	89
II. ANTECEDENTES SOCIALES/BIOGRÁFICOS DE FERNANDO VI.....	99
2.1 La infancia y juventud de Fernando VI.....	99
2.2 Personalidad, aficiones de Fernando VI.....	106
III. ANTECEDENTES MÉDICOS DE FERNANDO VI.....	110
IV. HISTORIA CLÍNICA DEL AÑO SIN REY.....	111
4.1 Primera etapa. La enfermedad de la reina (2 de mayo 1758- 27 agosto 1758). .....	113

4.2 Segunda etapa- Inicio de síntomas hasta encamamiento (27 de agosto 1758- finales de noviembre 1758).....	120
4.3 Tercera etapa. Encamamiento hasta máxima agresividad. Finales de noviembre 1758- Finales de febrero 1759.....	147
4.4 Cuarta etapa. Máxima agresividad hasta demencia severa. Finales de febrero 1759- Finales de mayo 1759.....	164
4.5 Quinta etapa. Demencia severa hasta muerte. Finales de mayo 1759- 10 de agosto 1759.....	176
V. TRATAMIENTO.....	186
<b>ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA.....</b>	<b>189</b>
I. INTRODUCCIÓN.....	191
II. SINTOMATOLOGÍA CONDUCTUAL.....	192
2.1 Sobre las diferencias conceptuales con respecto al siglo XVIII.....	195
2.2 Melancolía, hipocondría y las ideas de la imaginación.....	198
2.3 Agitación, furores y el humor de perros.....	204
2.4 Disparates y extravagancias.....	210
2.5 Repugnancia al dormir y a la comida.....	213
III SINTOMATOLOGÍA COGNITIVA.....	215
IV CRISIS EPILÉPTICAS.....	221
V. PÉRDIDA DE MASA CORPORAL, EDEMAS, DEBILIDAD Y OTROS SÍNTOMAS RELACIONADOS.....	235
VI. FIEBRE.....	236
VII. PROBLEMAS RESPIRATORIOS.....	239
VIII. OTROS.....	239
8.1 Estreñimiento.....	239
8.2 Priapismo.....	240
8.3 Hipo.....	240
8.4 Úlceras.....	240
8.5 Hinchazón en las piernas.....	240

<b>DISCUSIÓN DE OTROS TABAJOS PUBLICADOS .....</b>	<b>241</b>
I. INTRODUCCIÓN.....	243
II. ANDRÉS PIQUER Y EL DISCURSO SOBRE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI. ....	243
III. LA HIPÓTESIS DEL TRASTORNO DEL ÁNIMO.....	246
3.1 Autores historiadores. ....	246
3.2 Autores médicos o científicos.....	253
IV. SOBRE LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO.....	257
V. UN TRASTORNO DEL ÁNIMO COMO CAUSA DE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI. .....	261
5.1 Los antecedentes familiares. Felipe V.....	261
5.2 Los antecedentes personales y los episodios depresivos previos.....	263
5.3 El fallecimiento de la reina Bárbara de Braganza. Un factor descompensante.....	264
5.4 La situación cognitiva del monarca.....	266
5.5 Los síntomas depresivos, los intentos repetidos de suicidio. ....	266
5.6 Las crisis epilépticas.....	267
5.7 Reflexiones finales sobre Fernando VI y el trastorno del ánimo.....	268
VI. LAS HIPÓTESIS NEUROLÓGICAS.....	272
6.1 Autores historiadores.....	272
6.2 Autores médicos.....	272
VII. SOBRE LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS MENCIONADAS.....	275
7.1 Enfermedad de Alzheimer.....	275
7.2 Tuberculosis del sistema nervioso central.....	275
7.3 Encefalitis autoinmunes.....	276
7.4 Enfermedades priónicas.....	278
VIII. FERNANDO VI Y LAS PATOLOGIAS REFERIDAS.....	278
8.1 Fernando VI y la enfermedad de Alzheimer.....	278
8.2 Fernando VI y la tuberculosis del sistema nervioso central.....	279
8.3 Fernando VI una demencia rápidamente progresiva, pero en el siglo XVIII.....	280
8.4 Reflexiones finales sobre las hipótesis neurológicas.....	283

<b>DISCUSIÓN FINAL SOBRE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI.....</b>	<b>287</b>
I. APROXIMACIÓN ETIOLÓGICA Y APROXIMACIÓN SINDRÓMICA.....	289
1.1. <i>El error de la aproximación etiológica.....</i>	289
1.2 <i>La aproximación sindrómica. Una mejor decisión.....</i>	290
II. ANÁLISIS CRONOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI. ....	292
III. SÍNTOMAS GUÍAS PARA ENFOCAR EL DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO.....	293
IV. DEMENCIA NEUROLÓGICA VERSUS DEMENCIA PSIQUIÁTRICA. ....	295
V. UN TRASTORNO CONDUCTUAL FRONTAL.....	296
VI. UN TRASTORNO COGNITIVO QUE PUEDE SER FRONTAL DERECHO.....	299
VII. UNA EPILEPSIA FRONTAL DERECHA.....	300
VIII. POSIBLES ETIOLOGÍAS EN EL CASO DE FERNANDO VI. ....	301
IX. LAS COMPLICACIONES MÉDICAS AÑADIDAS.....	304
9.1 <i>La malnutrición.....</i>	304
9.2 <i>Los edemas.....</i>	305
9.3 <i>La disnea.....</i>	306
9.4 <i>El problema no resuelto de la bipedestación.....</i>	307
9.5 <i>Otros problemas médicos: Estreñimiento, hipo, priapismo y úlceras.....</i>	309
9.6 <i>La causa de la muerte.....</i>	310
X. REFLEXIONES FINALES SOBRE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI.....	310
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>313</b>
I. CONCLUSIONES.....	315
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>319</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>333</b>



## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Fernando VI, rey de España.

Figura 2: División de los trabajos publicados.

Figura 3: Plan de investigación documental.

Figura 4: Fachada del Archivo Histórico Nacional.

Figura 5: Legajos documentales investigados en la primera fase de investigación.

Figura 6: Motivos y documentos que tras su análisis se decidió no transcribir.

Figura 7: Esquema de los documentos finales que se han analizado.

Figura 8: El infante-cardenal Luis Antonio de Borbón.

Figura 9: La familia del infante don Luis.

Figura 10: Isabel de Farnesio.

Figura 11: Carta de la reina Bárbara de Braganza a Isabel de Farnesio fechada el 8 de julio de 1758.

Figura 12: Fragmento del libro de Manuel Danvila.

Figura 13: Jovellanos, figura de la ilustración española.

Figura 14: Esquema de la familia de Felipe V.

Figura 15: Fernando VI, rey de España.

Figura 16: El marqués de la Ensenada.

Figura 17: Fernando VI como protector de las artes y las ciencias.

Figura 18: El médico.

Figura 19: Historia natural y médica del principado de Asturias.

Figura 20: Pedro Virgili.

Figura 21: El sacamuelas.

Figura 22: Escena de la peste de 1720 en la Tourette (Marsella).

Figura 23: Fragmento del libro "Anatomía completa del hombre".

Figura 24: Thomas Sydenham (1624-1689).

Figura 25: El auge de la botánica y la quinología.

Figura 26: Retrato de Andrés Piquer y Arrufat.

Figura 27: Miembros del tribunal del protomedicato en 1758.

Figura 28: Última página del documento médico fechado el 4 de abril de 1759.

Figura 29: Última página del documento médico firmado por Diego Purcell.

Figura 30: Árbol genealógico de Fernando VI.

Figura 31: El Duque de Vendôme y Felipe V.

Figura 32: La familia de Felipe V (1723)

Figura 33: Felipe V, rey de España.

Figura 34: Detalle de Felipe V en el cuadro “La familia de Felipe V”.

Figura 35: Fernando VI, niño.

Figura 36: Luis I, rey de España.

Figura 37. Bárbara de Braganza, reina de España.

Figura 38: Retrato de Fernando VI como príncipe de Asturias.

Figura 39: Fernando VI y Bárbara de Braganza en los jardines de Aranjuez.

Figura 40: Retrato de Farinelli.

Figura 41: Vista del palacio de Aranjuez.

Figura 42: Carta de Fernando VI a Isabel de Farnesio del 31 de mayo de 1758.

Figura 43: Conclusiones de la primera etapa de la enfermedad del rey.

Figura 44: Felipe de Borbón y Farnesio, infante de España, duque de Parma.

Figura 45: Vista de Villaviciosa de Odón.

Figura 46: Última carta de Fernando VI.

Figura 47: Foto aérea del castillo de Villaviciosa de Odón.

Figura 48: Jugadores de Naipes.

Figura 49: Imagen de la carta del infante don Luis a su madre del 10 de octubre de 1758.

Figura 50: Imagen de la carta de Ricardo Wall al príncipe de Yachi de agosto de 1759.

Figura 51: Ricardo Wall y Devereux.

Figura 52: Carta del ministro Ricardo Wall a Tanucci del 21 de noviembre de 1758.

Figura 53: Esquema 1 de las conclusiones de la segunda etapa de la enfermedad del rey.

Figura 54: Esquema 2 de las conclusiones de la segunda etapa de la enfermedad del rey.

Figura 55: Inicio del testamento de Fernando VI.

Figura 56: Final del testamento de Fernando VI.

Figura 57: Carta del infante don Luis a su madre del 6 de enero de 1759.

Figura 58: Documento médico del doctor Purcell del 17 de febrero de 1759.

Figura 59: Esquema 1 de las conclusiones de la tercera etapa de la enfermedad del rey.

Figura 60: Esquema 2 de las conclusiones de la tercera etapa de la enfermedad del rey.

Figura 61: Carlos de Borbón, rey de las Dos Sicilias.

Figura 62: Manuscrito del gobernador del consejo de Castilla.

Figura 63: Esquema de las conclusiones de la cuarta etapa de la enfermedad del rey.

Figura 64: Aspecto actual del cuarto donde falleció Fernando VI.

Figura 65: Placa conmemorativa actual donde falleció Fernando VI.

Figura 66: Conclusiones de la junta médica del 7 de agosto de 1759.

Figura 67: Mausoleo de Fernando VI.

Figura 68: Esquema de las conclusiones de la quinta etapa de la enfermedad del rey.

Figura 69: Tratamiento recibido en Fernando VI.

Figura 70: Esquema de los principales síntomas en la enfermedad de Fernando VI.

Figura 71: Esquema de la sintomatología psiquiátrica que desarrolló Fernando VI.

Figura 72: Cronograma de la evolución de la sintomatología conductual.

Figura 73: Extracto del manuscrito de Andrés Piquer.

Figura 74: Clasificación de la agitación con ejemplos.

Figura 75: Carta del doctor Purcell para Tanucci.

Figura 76: Comportamientos impulsivos y motores repetitivos.

Figura 77: Dominios cognitivos según DSM-V.

Figura 78: Composición de las funciones ejecutivas.

Figura 79: Imagen del testamento de Fernando VI.

Figura 80: Conclusiones sobre la situación cognitiva de Fernando VI a lo largo de su enfermedad.

Figura 81: Clasificación de crisis epilépticas según la Liga Internacional Contra la Epilepsia 2017

Figura 82: Razones para pensar en el origen epiléptico de las crisis convulsivas en Fernando VI.

Figura 83: Tratado de las calenturas de Andrés Piquer.

Figura 84: Diagnóstico de Andrés Piquer de afecto melancólico-maniaco.



Figura 85: Tesis doctoral de Ángela García Rives (1917).

Figura 86: Fernando VI y la España discreta, el rey.

Figura 87: Artículo del doctor Lafora sobre la enfermedad de Fernando VI.

Figura 88: Argumentos para defender la hipótesis del trastorno bipolar.

Figura 89: Polaridad del estado de ánimo.

Figura 90: Ciclación del ánimo en un trastorno bipolar.

Figura 91: Felipe V, rey de España.

Figura 92: Bárbara de Braganza.

Figura 93: Puntos a favor y en contra de la hipótesis del trastorno del ánimo.

Figura 94: Puntos a favor y en contra de la hipótesis del trastorno del ánimo. Continuación.

Figura 95: Puntos a favor y en contra de la hipótesis del trastorno del ánimo. Continuación.

Figura 96: Fernando VI, enfermo de Alzheimer.

Figura 97: Proporción de las diferentes etiologías que han causado una demencia rápidamente progresiva.

Figura 98: Puntos a favor y en contra de las hipótesis neurológicas.

Figura 99: Puntos a favor y en contra de las hipótesis neurológicas. Continuación.

Figura 100: Esquema sobre la aproximación etiológica.

Figura 101: Esquema sobre la aproximación sindrómica.

Figura 102: Esquema sobre las diversas etiologías de un único síndrome.

Figura 103: Cronograma de la enfermedad de Fernando VI.

Figura 104: Síntomas primarios y secundarios en la enfermedad de Fernando VI.

Figura 105: Esquema anatómo-funcional del lóbulo prefrontal.

Figura 106: Causas más frecuentes de una lesión frontal.

Figura 107: Esquema final sobre la enfermedad de Fernando VI.

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Tabla de los trabajos analizados sobre Fernando VI.

Tabla 2: Conclusiones que se extraen tras analizar lo publicado sobre la enfermedad de Fernando VI.

Tabla 3: Número de documentos y archivos/caras que se digitalizaron y analizaron.

Tabla 4: Número de documentos y archivos/caras que se transcribieron.

Tabla 5: División en diferentes etapas de la enfermedad de Fernando VI.

Tabla 6: Diferencias clínicas entre crisis y pseudocrisis.

Tabla 7: Trabajos publicados que tratan la enfermedad de Fernando VI.

Tabla 8: Proporción de las diferentes etiologías no priónicas que han causado una demencia rápidamente progresiva.



## **RESUMEN**

Fernando VI fue rey de España entre 1746 y 1759. Durante su último año de reinado, Fernando VI fue perdiendo de manera rápidamente progresiva sus capacidades mentales y se recluyó en el castillo de Villaviciosa de Odón hasta su muerte el 10 de agosto de 1759. Ese periodo de tiempo entre agosto de 1758 y agosto de 1759 se conoce en la historiografía como el año sin rey, por la ausencia de la figura real como gobernante.

La enfermedad de Fernando VI es un hecho histórico de gran interés. Sin embargo, no es especialmente conocido ni ha sido investigado en profundidad. Gran parte de los trabajos hasta ahora apuntan a una posible enfermedad psiquiátrica como causa de la enfermedad, concretamente un episodio depresivo en el contexto de un trastorno bipolar de fondo. Esas afirmaciones se sustentan sobre todo al empezar la enfermedad de Fernando VI a manifestarse claramente tras el fallecimiento de la reina, a la cual el rey estaba muy unido. También se apoyan en el diagnóstico de uno de los doctores que lo atendió, el doctor Andrés Piquer. No obstante, aunque sí hay trabajos que analizan otras fuentes de información que vienen de otros testigos, estos generalmente parten de historiadores que no realizan una aproximación clínica a ojos de la medicina actual. Mientras que los trabajos que investigan la enfermedad desde un punto de vista más médico, son escasos en cuanto a las fuentes de información que utilizan.

El análisis de todos los documentos publicados hasta ahora sobre la enfermedad de Fernando VI, permite ver una serie de debilidades acerca de las hipótesis planteadas, al igual que se intuye que puedan existir múltiples fuentes de información primaria más allá de lo escrito por el doctor Andrés Piquer. Por esas razones se decide una investigación bajo la hipótesis de que la enfermedad que sufrió Fernando VI en su último año de vida se puede explicar por un trastorno orgánico, probablemente de origen neurológico. Esa investigación tiene varios objetivos: primero, analizar cuantas fuentes de información primaria existen en los archivos documentales que hablen sobre la enfermedad de Fernando VI. Segundo, obtener, en la medida de lo posible, una historia clínica sobre la evolución del rey durante su enfermedad. Tercero, analizar los diferentes síntomas que sufrió el monarca durante el año sin rey. Cuarto, analizar los cuidados terapéuticos

realizados al monarca. Quinto, realizar una aproximación clínica de toda la sintomatología. Finalmente, intentar establecer un diagnóstico sindrómico y etiológico de la enfermedad, en la medida de lo posible.

La investigación se realizó en base a una amplia investigación documental en varios archivos españoles. En total se transcribieron para su estudio 1176 documentos de múltiples testigos del aquel evento histórico. Los testigos principales que más información aportan son el doctor Andrés Piquer, el infante don Luis y el ministro Ricardo Wall.

El análisis de la documentación permite obtener una historia clínica detallada, donde se concluye que Fernando VI sufrió un trastorno rápidamente progresivo. Ese trastorno se caracterizó por una desorganización conductual con impulsividad, potenciación de sus rasgos de personalidad previos y una conducta alimentaria errática; un deterioro cognitivo con pérdida precoz de capacidad de juicio hasta llegar a una demencia severa, y crisis epilépticas de semiología focal frontal derecha. Además, el monarca sufrió importantes complicaciones médicas sobreañadidas que le llevaron a una situación de caquexia extrema con úlceras por encamamiento. Finalmente, Fernando VI falleció en el contexto de una descompensación epiléptica severa que empezó a tener a principios de agosto de 1759.

No se puede establecer una etiología a la enfermedad de Fernando VI al tratarse de un evento lejano en el tiempo, y la ausencia total de lo que hoy se considera un estudio complementario reglado. No obstante, desde el punto de vista sindrómico sí se puede establecer con un alto nivel de certeza que Fernando VI padeció un trastorno neurológico focal frontal derecho rápidamente progresivo. La hipótesis del trastorno depresivo parece muy poco probable a raíz de una historia clínica no congruente.

Sin duda, Fernando VI debió de sufrir mucho durante su enfermedad, los médicos solo demostraban su ignorancia diagnóstica y terapéutica, y todo ello empeoró las tensiones políticas que se dieron en el contexto de un rey absolutista, sin descendencia y en una situación de incapacidad para gobernar.

## **INTRODUCCIÓN**

---



# INTRODUCCIÓN

## I. CIRCUNSTANCIAS PERSONALES QUE ME LLEVARON A REALIZAR ESTA INVESTIGACIÓN.

Las personas que se han interesado por el tema elegido para esta investigación suelen quedar sorprendidas. No deja de ser poco habitual que, viniendo de un ambiente sanitario o científico, me haya llamado la atención un tema que tenga que ver con la historia.

La vida me ha llevado a estudiar medicina, a especializarme en neurología y a trabajar en dicha especialidad médica de manera asistencial en un ambiente hospitalario. Las enfermedades neurológicas han sido las que más me han llamado la atención desde que tuve contacto con la medicina, principalmente por lo interesante de su semiología y su exploración médica específica. Para mí, el estudio y tratamiento de las enfermedades neurológicas va más allá de una ocupación laboral y se convierte en un ejercicio de afición personal por la curiosidad que me suscitan.

Sobre esa realidad académica y laboral, existe otra disciplina que también provoca mi atención y curiosidad. Se trata de la historia.

Las causas de mi afición por la historia son múltiples y ya vienen desde mi infancia. Seguramente la persona culpable de mi interés por la historia fue mi abuela paterna, Olvido Benítez Hurlé, la cual era una mujer de una gran cultura, licenciada en historia de arte en la España de la postguerra y cuya pasión por la historia me supo transmitir desde mis primeros años de vida.

La unión de mi profesión de médico especialista en neurología y mi interés por la historia me llevó a buscar un tema que combinase ambas disciplinas. El fruto de esa búsqueda fue Fernando VI (Figura 1), ya que en él se junta ambas disciplinas de manera clara.

Fernando VI es un personaje algo extraño. Se trata de un rey de España que no es particularmente conocido o popular. Recuerdo haberme fijado en él a raíz de un programa de televisión de divulgación histórica llamado "*Memoria de España*", el cual se emitió entre 2004 y 2005. Sin embargo, fue en una visualización posterior del mismo por internet en 2012, cuando claramente mi relación con ese rey cambio. En el programa de la serie dedicado a los primeros borbones apenas se habla unos minutos de Fernando VI. Al acabar el tiempo dedicado a él, se concluía que Fernando VI acabó su último año de reinado encerrado en el castillo de Villaviciosa de Odón con síntomas de la locura producida por la melancolía.



## INTRODUCCIÓN



**Figura 1.** Fernando VI, rey de España.  
Óleo sobre lienzo de Van Loo. Actualmente en el Museo Nacional del Prado.

## INTRODUCCIÓN

Fue la curiosidad la que me llevó a investigar más. Por lo tanto, fue la curiosidad, la afición a la historia y a la medicina los culpables de mi interés inicial en este suceso.

Al inicio, durante 2012 a 2014, investigué superficialmente sobre Fernando VI y su enfermedad. Se trataba más bien de una lectura no profunda y prestando más atención a lo que otros autores han publicado sobre ello. Resulta llamativo que pese a ser un hecho de gran interés e importancia en la historia de España, a la vez sea en general un suceso poco estudiado y conocido. Desgraciadamente, no resulta llamativo la poca divulgación que se hace sobre nuestra historia, al contrario de lo que sucede en los países de raíces anglosajonas.

Las impresiones que saqué de esos años fueron múltiples. Sin duda, la gran fuente de información sobre la enfermedad de Fernando VI viene del manuscrito médico que dejó uno de los médicos que lo atendió, el doctor Andrés Piquer. La lectura de esta obra es esencial para hacerte una idea de los síntomas y evolución clínica que sufrió el monarca durante su enfermedad. En cierta manera, gran parte de obras publicadas que tratan sobre la enfermedad de Fernando VI utilizan el manuscrito de Andrés Piquer como fuente principal de información.

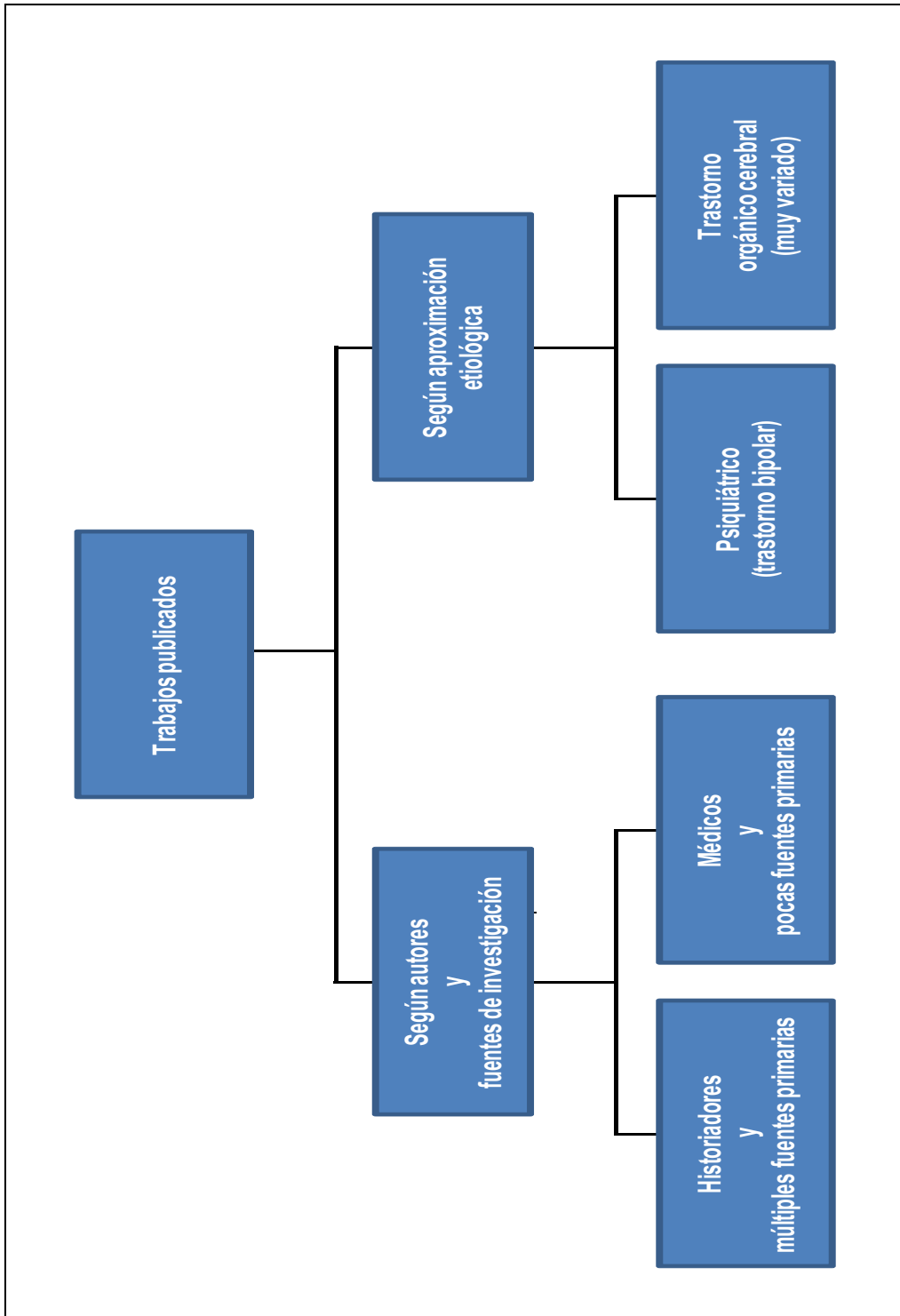
Existen varios trabajos y publicaciones de otros autores que comentan la enfermedad de Fernando VI. Los cuales se realizaron en diferentes años y parten de autores de diversa procedencia (Tabla 1). Todos esos trabajos publicados se pueden dividir de dos maneras diferentes (Figura 2). Por un lado, se pueden dividir en función de la procedencia de los autores y las fuentes de investigación utilizadas. Por otro lado, tendríamos la división en función de la aproximación diagnóstica que se le da a la enfermedad de Fernando VI.

Con respecto a la división en función de la procedencia de los autores y las fuentes de investigación, existe un primer grupo que sería el de los trabajos realizados por historiadores. En general, estas publicaciones no tratan de manera monográfica la enfermedad del rey, sino que tratan la enfermedad a modo de un capítulo o sección dentro de un trabajo más global. Por lo tanto, solo un pequeño porcentaje de la publicación se va a enfocar a tratar la enfermedad de Fernando VI. Es decir, la enfermedad de Fernando VI no adquiere una atención especialmente importante dentro de toda la publicación. Además, el hecho de que los autores vengan del ámbito de la historia hace que la enfermedad del monarca se trate desde un punto de vista muy descriptivo, pero sin apenas realizar una mínima discusión clínica. Sin embargo, al tratarse de

PRINCIPALES TRABAJOS QUE HABLAN SOBRE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI					
AUTOR	AÑO	ORIGEN	FUENTES PRICIPALES INVESTIGADAS	CONCLUSIÓN	
Willian Coxe	1813	Historiador	Múltiples, fuentes británicas	Melancolía	
Manuel Danvila y Collado	1893	Historiador	Múltiples	Melancolía deriva en demencia	
Alfonso Danvila	1905	Historiador	Múltiples	No comenta el último año	
Ángela García Rives	1917	Historiadora	Múltiples	¿Melancolía?	
Antonio Vallejo-Nájera	1946	Médico	Manuscrito Andrés Piquer	Depresión agitada	
Lafora	1962	Médico	Manuscrito Andrés Piquer	Psicosis maniaco-depresiva	
Manuel Ríos Mazcarelle	1993	Historiador	Múltiples	Locura depresiva	
Pedro Voltes	1996	Historiador	Múltiples	Neurodegenerativa. Alzheimer	
Eduard Vieta y Demetrio Barcia	2000	Médicos Psiquiatras	Manuscrito Andrés Piquer	Trastorno bipolar	
Alfonso Rodríguez	2002	Historiador	Múltiples	Melancolía degenera en demencia	
Pedro Gargantilla	2007	Médico Medicina interna	Secundarias	Tuberculosis SNC	
Guillermo Calleja Leal	2009	Historiador	Múltiples	Melancolía depresiva	
Rosa Basante Pol	2010	Farmacóloga	Múltiples	Trastorno bipolar	
José Luis Gómez Urdáñez	2013	Historiador	Múltiples	Trastorno bipolar	

**Tabla 1.** Tabla de los trabajos analizados sobre Fernando VI. La lectura de los múltiples trabajos escritos permite una idea de lo que pudo haber sucedido durante la enfermedad de Fernando VI. Los trabajos se han realizado en épocas y con autores diferentes. SNC: sistema nervioso central

## INTRODUCCIÓN



**Figura 2.** División de los trabajos publicados.

Se puede realizar dos divisiones diferentes de los trabajos publicados que tratan la enfermedad de Fernando VI. Por un lado, en función de la procedencia de los autores y las fuentes investigadas. Por el otro lado en función de la aproximación diagnóstica realizada.

## INTRODUCCIÓN

trabajos realizados por historiadores, estos vienen documentados con una amplia investigación documental de fondo. En otras palabras, los trabajos realizados por historiadores describen la enfermedad de Fernando VI en base a una amplia documentación histórica que va mucho más allá de lo escrito por el médico Andrés Piquer.

El otro grupo de esta división sería las publicaciones creadas por autores que vienen desde la medicina. Estos trabajos son de características diferentes con un enfoque monográfico o directo a la hora de tratar la enfermedad. En mayor o menor medida, en estas publicaciones se intenta ir más allá que describir los síntomas y se busca una discusión clínica y etiológica a todo el proceso. Sin embargo, se puede decir que estos trabajos se documentan sobre todo del manuscrito del doctor Andrés Piquer. Por lo que no se tienen en cuenta o no se analizan en detalle las otras fuentes primarias, con lo que la información analizada es solo muy parcial y lejos de considerarse completa.

Existe una gran excepción a esta clasificación que es el ensayo de Rosa Bastante Pol para la Real Academia Nacional de Farmacia (Basante Pol, 2010). En este caso, el trabajo parte de una persona que viene del ámbito de la ciencia y que realiza una importante investigación documental en base a múltiples fuentes de información primaria. Sin embargo, con respecto a la sintomatología que sufrió Fernando VI, dicho ensayo resulta descriptivo y no entra en hacer una discusión clínica del proceso, porque mayormente ese no era el objetivo del ensayo. Además, para la descripción de las alteraciones conductuales del monarca, la autora utiliza principalmente lo que parcialmente escribió un solo testigo directo, el infante don Luis.

La otra división de los trabajos publicados es en función de la sospecha etiológica de la enfermedad de Fernando VI. Existe una clara discordancia de opiniones sobre la etiología que permite dividir en dos grupos los trabajos que se han publicado. Por un lado, tenemos la opinión de que Fernando VI sufrió un trastorno puramente psiquiátrico, principalmente un episodio depresivo que puede estar o no englobado dentro de un trastorno bipolar. Por el otro lado, hay otro grupo de trabajos que concluyen que el monarca sufrió algún tipo de enfermedad neurológica, aunque de etiologías muy diversas: enfermedad de Alzheimer, tuberculosis del sistema nervioso central etc.

## INTRODUCCIÓN

La lectura del manuscrito de Andrés Piquer y el resto de publicaciones hablan de un rey de 44 años de edad que tras la muerte de la reina Bárbara de Braganza, se encerró hasta su muerte en el castillo de Villaviciosa de Odón. Este periodo, que va desde agosto de 1758 hasta agosto de 1759, se conoce como el año sin rey por la ausencia total del monarca como figura gobernante debido a su enfermedad y encierro.

Como neurólogo me llamó la atención la lectura de estos trabajos. En ellos se mencionan los diferentes síntomas que sufrió Fernando VI durante su enfermedad, donde destacan las ideas de muerte. Sin embargo, también se describen otros síntomas más típicos de pacientes que trato en mi práctica clínica diaria. Por ejemplo, en Fernando VI se detallan la presencia de crisis epilépticas o comportamientos aberrantes con muchísima agresividad. Todo ello parece que llevó al monarca a una situación clínica nefasta de una manera rápidamente progresiva hasta su fallecimiento.

Una vez analizada la bibliografía existente de la que he tenido conocimiento sobre este tema, pude llegar a una serie de conclusiones que se resumen en la siguiente tabla (Tabla 2).

Por todo lo previamente explicado. Las motivaciones de investigar a fondo la enfermedad de Fernando VI se pueden enumerar de la siguiente manera: interés personal por la historia y la medicina, curiosidad personal, excepcionalidad del episodio, las relativas pocas publicaciones sobre ello, el desconocimiento de las fuentes de información existentes, la discordancia en la metodología utilizada en las publicaciones realizadas y la discordancia en las conclusiones que existen hasta ahora.

Finalmente tomé la decisión, motivada por la insistencia de mis familiares más cercanos donde quiero destacar a mi mujer y a mis padres, de embarcarme en la investigación profunda de la enfermedad de Fernando VI durante su último año de vida, a modo de tesis doctoral.

### CONCLUSIONES DE LAS PUBLICACIONES SOBRE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

1. La muerte de la reina, a la cual el rey estaba muy unido, precedió de manera inmediata a la enfermedad de Fernando VI.
2. El rey sufre una enfermedad que le recluye en el Castillo de Villaviciosa de Odón durante un año hasta su muerte.
3. Esa enfermedad se acompaña de síntomas neuropsiquiátricos donde se menciona agresividad, comportamientos aberrantes, pensamientos de muerte, al igual que crisis epilépticas y otros síntomas como edemas y problemas respiratorios.
4. La principal fuente primaria de información que se ha investigado es lo escrito por el médico Andrés Piquer.
5. Existen otras fuentes primarias de información en los archivos documentales, cuyo número es desconocido, y su contenido solo ha sido parcialmente estudiado y publicado mayormente por parte de historiadores.
6. Las investigaciones sobre la enfermedad de Fernando VI con un objetivo diagnóstico, han partido desde médicos y utilizan principalmente como fuente de información lo escrito por Andrés Piquer, pero apenas sin analizar las otras fuentes primarias.
7. La hipótesis psiquiátrica, principalmente un trastorno bipolar, es la más aceptada actualmente para explicar los síntomas del rey durante su último año de vida, aunque también se han establecido hipótesis que orientan a un origen orgánico como un trastorno neurodegenerativo o infeccioso.

**Tabla 2.** Conclusiones que se extraen tras analizar lo publicado sobre la enfermedad de Fernando VI.

# INTRODUCCIÓN

## II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA TESIS.

### 2.1 Preguntas de las que parte esta tesis.

Una vez estudiada la información que existe sobre la enfermedad de Fernando VI durante el año sin rey, se extraen una serie de cuestiones por resolver: ¿Cuáles son las fuentes primarias de información más importantes?, ¿Existe documentación suficiente para poder realizar un análisis clínico con una mirada actual?, ¿Cuáles fueron los principales síntomas que sufrió Fernando VI? y ¿Que tratamiento recibió? La teoría psiquiátrica basada en un trastorno bipolar es la más extendida, pero con los datos que se disponen hay muchas inconsistencias. ¿Realmente hay datos suficientes para apoyar un trastorno bipolar u otro tipo de trastorno psiquiátrico? La lectura del manuscrito de Andrés Piquer y las publicaciones que se han hecho posteriormente, podrían orientar más a una demencia neurológica, pero ¿Hay datos suficientes para apoyar este tipo de aproximación diagnóstica?

Ante todas esas preguntas, creo necesario realizar una investigación profunda sobre este tema. La investigación parte de la siguiente hipótesis y tiene además los siguientes objetivos.

### 2.2 Hipótesis.

La enfermedad que sufrió Fernando VI en su último año de vida se puede explicar por un trastorno orgánico, probablemente de origen neurológico.

### 2.3 Objetivos.

1. Analizar cuantas fuentes de información primaria existen en los archivos documentales que hablen sobre la enfermedad de Fernando VI.
2. Obtener, en la medida de lo posible, una historia clínica sobre la evolución del rey durante su enfermedad.
3. Analizar los diferentes síntomas que sufrió el monarca durante el año sin rey.



## INTRODUCCIÓN

4. Analizar los cuidados terapéuticos realizados al monarca en su enfermedad.
5. Realizar una aproximación clínica de toda la sintomatología. Al igual que un diagnóstico sindrómico y en la medida de los posible etiológico.

**PLAN DE INVESTIGACIÓN: MATERIAL, MÉTODOS Y DOCUMENTOS**  
**INVESTIGADOS**

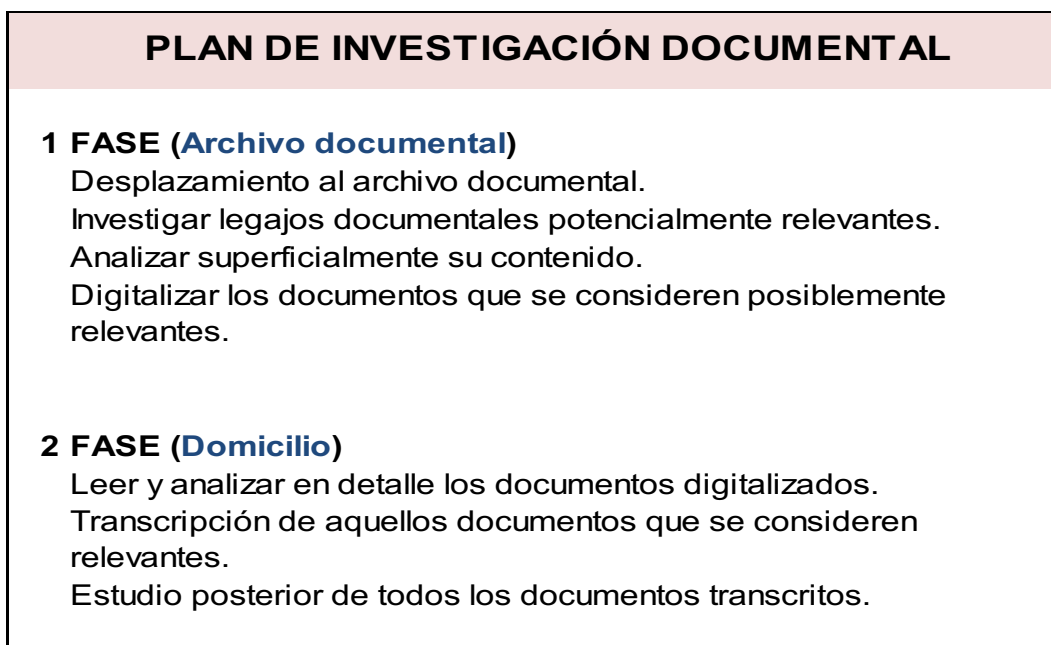


## MATERIAL Y MÉTODOS

### I. PLAN DE INVESTIGACIÓN: MATERIAL, MÉTODOS Y DOCUMENTOS INVESTIGADOS.

#### 1.1 Búsqueda de fuentes primarias de información.

Con el objetivo de analizar las fuentes primarias de información se realizó un plan de investigación. Ese plan se creó teniendo en cuenta que acceder a los archivos documentales conlleva un desplazamiento a diferentes localizaciones. Por todo ello, la investigación de los archivos se planteó desde el principio como una investigación en dos fases (Figura 3).



**Figura 3.** Plan de investigación documental.

La primera fase consistió en el desplazamiento físico a los archivos por un tiempo limitado. Allí a través de los sistemas de clasificación y con la ayuda del personal de los centros, se analizó que legajos documentales son potencialmente relevantes. Una vez que se accedió directamente al contenido de esos legajos, se investigaron en la sala de estudio de los propios archivos pero sin entrar en la profundidad de su contenido. Posteriormente, se mandó digitalizar a los servicios de copistería aquellos documentos que se consideren posiblemente relevantes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La segunda fase de la investigación se realizó sobre los documentos digitalizados y ya en el lugar de estudio habitual, como en el domicilio o una biblioteca. Sin el factor limitante del tiempo, se procedió a la lectura total de todos los documentos digitalizados, pero solo se transcribió los documentos digitalizados que se hayan considerados relevantes.

Existe una debilidad en el método de investigación planteado. Esa debilidad se relaciona con la limitación en el tiempo de la primera fase que se realiza en los archivos documentales. Potencialmente una asistencia más continua o más extensa permitiría un análisis aún más exhaustivo de los legajos documentales. Por lo tanto, el número de documentos posiblemente relevantes que no se han investigado sería menor. Sin embargo, la inmensidad del volumen de documentos que existen en los archivos consultados hace siempre improbable un análisis completo de los mismos. Para evitar la pérdida de documentos no investigados se confió plenamente en las descripciones que existen en los sistemas de clasificación de documentos. No obstante, muchas de las descripciones son vagas o incorrectas, por lo que es bastante probable que un análisis aún más metódico pudiera encontrar más documentos interesantes. Pese a ello, la investigación actual se puede considerar muy completa. Es probable que hayan sido leídos todos los legajos potencialmente útiles que aparecen usando las descripciones de los sistemas de clasificación de los archivos. Como se verá luego, con los documentos estudiados ya se obtiene una elevada y variada información. Resulta muy dudoso que los documentos potencialmente interesantes no leídos, puedan aportar algo más de información cualitativamente importante y no encontrada en esta investigación.

### **1.2 Método de transcripción.**

La investigación se realizó por parte de un investigador sin experiencia ni conocimientos en la investigación histórica. Por lo que a la hora de realizar la transcripción de los documentos se decidió consultar primero con algún investigador que sí cumplía con dichos requisitos.

En este caso, el investigador consultado fue el profesor Miguel Calleja Puerta, profesor titular de universidad de Oviedo en el departamento de Historia, que facilitó las guías para la edición de

## MATERIAL Y MÉTODOS

documentos medievales<sup>1</sup> de la universidad de Oviedo. Esas guías están basadas en las normas de edición de documentos de la Comisión Internacional de Diplomática(CID, 1991). En caso de la investigación actual, se trata de documentos del siglo XVIII con lo cual su lectura, estudio y transcripción resultó relativamente fácil incluso para una persona sin experiencia para este tipo de investigaciones. Finalmente se decidió seguir una transcripción literal, ya que en general se comprende bien. Se respetó ortografía y acentos. Si bien usando solo el signo de acento agudo (´). Se cambió la puntuación a un uso más actual, para una mejor comprensión.

A la hora de transcribir los documentos, se decidió solo centrarse en aquello que tenga relación con la temática de la investigación. En otras palabras, solo se decidió transcribir todo lo que el investigador creyó en relación directa o indirecta a la enfermedad de Fernando VI. En ese sentido, hay que mencionar la información que se encontró de gran interés histórico sobre todos los aspectos que rodean el vacío de poder en una monarquía absoluta. Sin embargo, toda esa información, aunque se leyó, se decidió no transcribir ni tampoco analizar en detalle para no desviarse de los objetivos del estudio.

### 1.3 Búsqueda de otras fuentes de información.

Además del estudio de las fuentes primarias, se realizó una investigación de otras fuentes documentales. Principalmente libros de historia que traten sobre los personajes, épocas comprendidas y sobre la historia de la medicina.

Para realizar esta fase de la investigación no se diseñó ningún plan específico y sistemático. El estudio se decidió realizar generalmente usando la biblioteca de la Universidad de Oviedo como principal fuente de búsqueda. Mayormente utilizando su servicio de búsquedas online.

Como se ha mencionado, el manuscrito médico de Andrés Piquer constituye una importante fuente primaria de información, para su estudio se utilizó la versión digitalizada de "*Documentos inéditos para la historia de España*" de la biblioteca online de la universidad de Toronto.

---

<sup>1</sup> Las guías aportadas son para documentos medievales por ser esa la especialidad del historiador consultado. Sin embargo, se basan en las normas de edición de documentos reconocidos internacionalmente, y válidas para el caso.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1.4 Archivos documentales investigados.

En total fueron 3 los archivos investigados. Dichos archivos fueron elegidos por su importancia y alto volumen de documentos disponibles: El Archivo Histórico Nacional (Figura 4), el Archivo General de Palacio y el Archivo General de Simancas. Los dos primeros localizados en Madrid, el último localizado en Valladolid.



**Figura 4.** Fachada del Archivo Histórico Nacional. (Imagen obtenida desde Wikipedia).  
El Archivo Histórico Nacional supuso la principal fuente de documentos investigados.

### 1.5 Legajos y documentos analizados.

En la primera fase de investigación se analizaron aquellos legajos que se consideraron potencialmente relevantes. En total en esta fase se analizaron superficialmente un total de 24 legajos documentales. Tras su análisis superficial, se decidió mandar digitalizar documentos encontrados en 10 legajos (Figura 5).

En algunos casos se digitalizó todos los documentos de cada legajo, en otros solo se digitalizó parte de los documentos que tenía cada legajo.

## LEGAJOS INVESTIGADOS EN LOS ARCHIVOS

### AHN

Estado 2453 Estado 2583 Estado 2484 Estado 2548 Estado 2507  
Estado 2532 Estado 2588 Estado 2593 Estado 2625 Estado 2673  
Estado 2693 Estado 2743 Estado 2777

### AGP

Histórica 60, Histórica 61  
Reinado de Fernando VI 101  
Reinado de Fernando VI 107  
Reinado de Fernando VI 287  
Reinado de Fernando VI 288  
Reinado de Fernando VI 289  
Reinado de Fernando VI 414  
Reinado de Fernando VI 728  
Reinado de Fernando VI 729

### AGS

Estado 6090

## LEGAJOS DIGITALIZADOS Y ANALIZADOS

### AHN

Estado, 2507 Estado 2532 Estado 2548 Estado 2584 Estado 2593  
Estado 2625 Estado 2673 Estado 2743

### AGP

Histórica 60

### AGS

Estado 6090

**Figura 5.** Legajos documentales investigados en la primera fase de investigación. Se analizaron superficialmente 24 legajos documentales, de los cuales se mandaron digitalizar 10 para su análisis más detallado posterior.  
AHN: Archivo Histórico Nacional, AGS: Archivo General de Simancas, AGP: Archivo General de Palacio.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Archivo	Legajo	Nº Documentos	Nº caras/archivos
AGS	Estado 6090	146	1114
AGP	Histórica 60, expediente 2	94	173
AHN	Estado 2507	7	8
AHN	Estado 2532	62	179
AHN	Estado 2548	9	19
AHN	Estado 2584	206	472
AHN	Estado 2593	217	881
AHN	Estado 2625	281	929
AHN	Estado 2673	40	141
AHN	Estado 2743	293	1062
<b>Total</b>		<b>1355</b>	<b>4978</b>

**Tabla 3.** Número de documentos y archivos/caras que se digitalizaron y analizaron. En total fueron analizados 1355 documentos que corresponden a 4878 caras/archivos. AHN: Archivo Histórico Nacional, AGS: Archivo General de Simancas, AGP: Archivo General de Palacio.

Archivo	Legajo	Nº Documentos	Nº caras/archivos
AGS	Estado 6090	59	698
AGP	Histórica 60, expediente 2	94	173
AHN	Estado 2507	7	8
AHN	Estado 2532	37	129
AHN	Estado 2548	9	19
AHN	Estado 2584	166	400
AHN	Estado 2593	190	804
AHN	Estado 2625	281	929
AHN	Estado 2673	40	141
AHN	Estado 2743	293	1062
<b>Total</b>		<b>1176</b>	<b>4363</b>

**Tabla 4.** Número de documentos y archivos/caras que se transcribieron. En total fueron transcritos parcialmente 1176 documentos que corresponden a 4363 caras/archivos. AHN: Archivo Histórico Nacional, AGS: Archivo General de Simancas, AGP: Archivo General de Palacio.

<b>DOCUMENTOS NO TRANSCRITOS</b>	
<b>AGS</b>	
<b>Estado 6090</b>	
	Se desecharon las cartas de Bernardo Tanucci, político a servicio del rey Carlos VII de Nápoles, por estar en italiano y además no ser un testigo directo.
<b>AHN</b>	
<b>Estado 2532</b>	
	Se desechan las cartas de Carlos VII de Nápoles. Están en español pero con una caligrafía horrible. Con mucho esfuerzo se pueden llegar a entender, pero a eso se le suma que además no se trata de un testigo directo.
<b>Estado 2584</b>	
	Se desecha la correspondencia anterior de 1758 entre Ricardo Wall y el Marqués de Gamoneda, por ser claramente anterior al año sin rey.
<b>Estado 2593</b>	
	Se desecha la correspondencia claramente posterior al año sin rey entre el infante don Luis a Isabel de Farnesio.

**Figura 6.** Motivos y documentos que tras su análisis se decidió no transcribir.  
AHN: Archivo Histórico Nacional, AGS: Archivo General de Simancas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

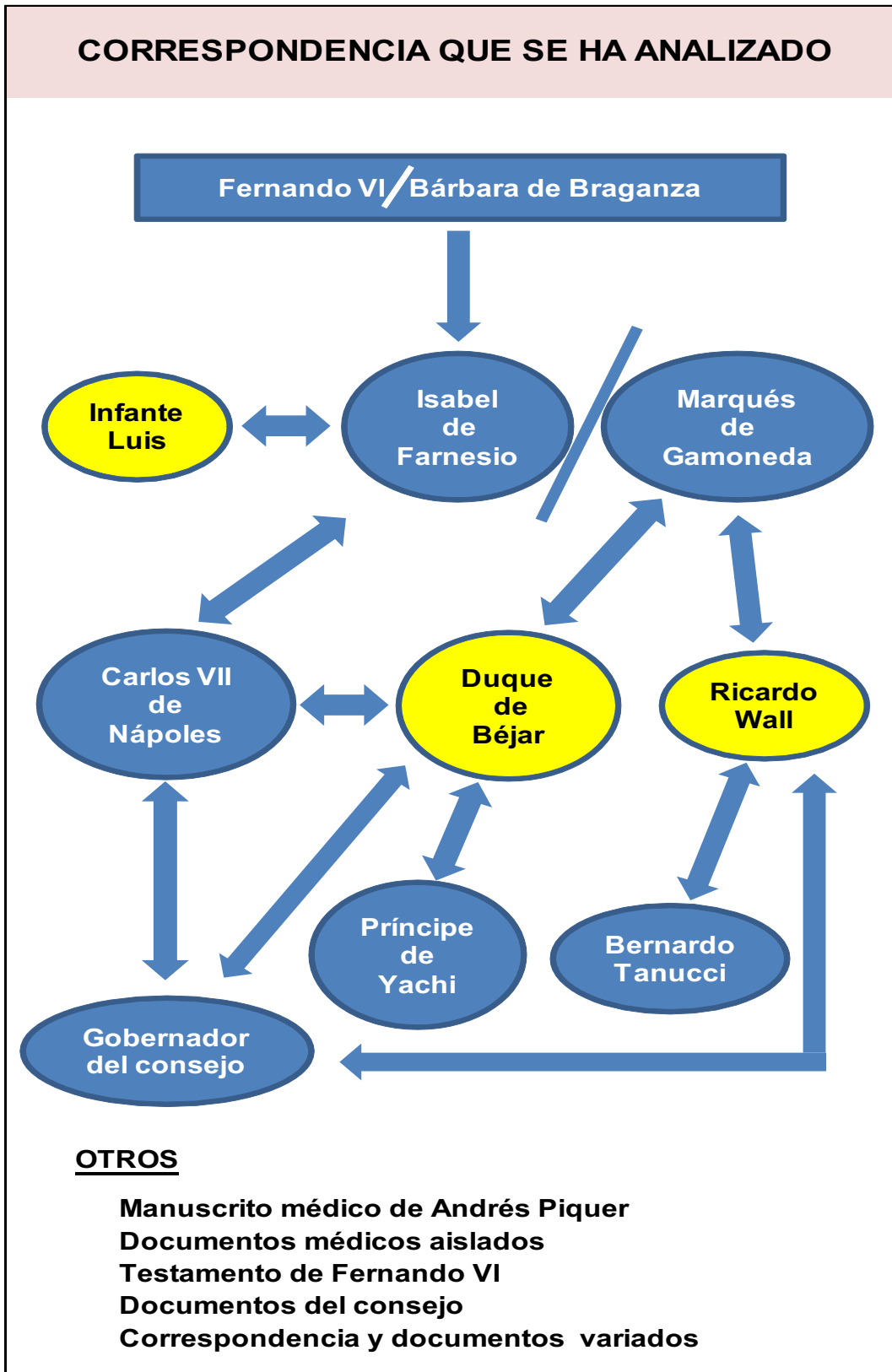
Una vez digitalizados los documentos se procedió a la segunda fase de la investigación con el análisis más detallado de todos ellos (Tabla 3). En total fueron 1355 documentos que corresponden a 4878 archivos informáticos. Generalmente a razón de una cara del documento con un archivo informático.

Una vez analizados los documentos se procedió a la transcripción de todos que se consideraron relevantes (Tabla 4). En total se transcribieron 1176 documentos que corresponden a 4363 archivos informáticos. En decir, se decidió no transcribir 179 documentos.

Los motivos para desechar esos documentos son varios (Figura 6). En general se trata de una combinación de motivos que van desde que eran documentos difícilmente analizables y que no fueron escritos por testigos directos. Por ese motivo no se consideró como útil todo el sobreesfuerzo que derivaría de su transcripción.

### **II. TIPOS DE DOCUMENTOS ANALIZADOS Y PERSONAJES IMPLICADOS.**

Prácticamente casi toda la documentación analizada era la correspondencia entre diferentes personajes. En general, los autores de las cartas estaban involucrados en todo lo que tuvo que ver con los cuidados del rey y gobernación del reino, o bien tenían intereses personales en juego (Figura 7). Principalmente hay tres testigos directos cuya correspondencia es de gran valor: Ricardo Wall, el infante don Luis y el duque de Béjar. También existe algún documento que parte de otros testigos directos como algún texto médico aislado. Además, hay que contar con el manuscrito médico de Andrés Piquer.



**Figura 7.** Esquema de los documentos finales que se han analizado. En amarillo aquellos personajes que fueron testigos directos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

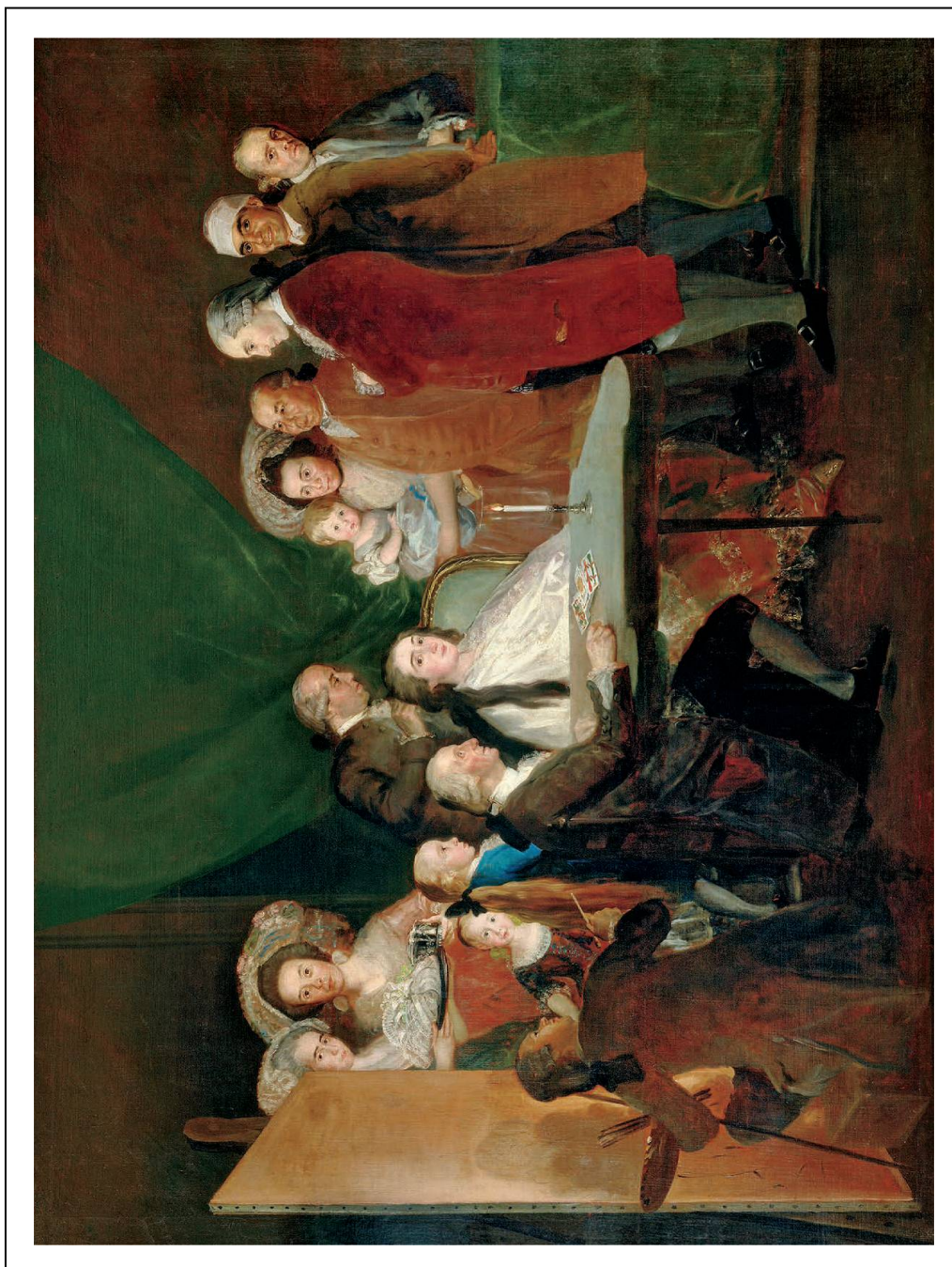
### 2.1 Infante don Luis.

Luis Antonio Jaime de Borbón y Farnesio, conocido como infante don Luis, fue el sexto hijo de Felipe V y su segunda esposa, Isabel de Farnesio. Eso le convierte en el hermanastro de Fernando VI al compartir mismo padre pero diferente madre.

El infante don Luis (Figura 8 y 9) se convirtió en el familiar más cercano que tuvo Fernando VI y principal apoyo personal durante su enfermedad. No es de extrañar por lo tanto que el infante sea una gran fuente de información primaria, gracias a la elevada correspondencia que realiza con su madre. En esas cartas el infante describe con un lenguaje sencillo y directo los diversos síntomas que tiene el monarca, al igual que otra serie de datos muy interesantes.



**Figura 8** El infante-cardenal Luis Antonio de Borbón. Óleo sobre lienzo de Louis-Michel Van Loo, actualmente en el Museo Nacional del Prado. El infante Luis llegó a ser arzobispo y cardenal con 8 años de edad.



**Figura 9.** La familia del infante don Luis.  
Óleo sobre lienzo de Francisco de Goya. Actualmente en la fundación Magnani-Rocca en Traversetolo.  
El infante don Luis, en el cuadro sentado de lado y jugando a las cartas, posteriormente se convertiría en un importante mecenas de pintores como Goya del cual le realiza un retrato con su familia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### **2.2 Ricardo Wall.**

Ricardo Wall fue el principal ministro que soportó el aparato gubernativo del reino durante la enfermedad del rey (Voltes, 1996). Como testigo directo y de gran relevancia política, mantiene una intensa correspondencia con un alto número de personas interesadas en la situación del rey. En general utiliza un discurso poco detallado o expresivo con respecto a los síntomas del monarca. Aun así, la información que trasmite fue de una gran relevancia para la investigación.

### **2.3 Duque de Béjar.**

El duque de Béjar fue el Sumiller de Corps de Fernando VI durante su enfermedad. El sumiller de Corps era la persona encargada del cuidado del rey al igual que otras funciones dentro del funcionamiento de la corte. Aunque en la época de Fernando VI la influencia del Sumiller de Corps era menor que antaño, no dejaba de ser una persona que estaba cercana al monarca y por lo tanto se trata de un testigo directo de gran importancia.

El duque de Béjar mantiene una importante correspondencia con diferentes personajes involucrados durante toda la enfermedad del rey. Su información fue de gran utilidad.

### **2.4 Carlos VII de Nápoles, Bernardo Tanucci, Príncipe de Yachi.**

El rey de Nápoles Carlos VII era también hermanastro de Fernando VI<sup>2</sup>. La ausencia de un heredero de la corona de España, hacía de Carlos VII de Nápoles el claro favorito a heredar dicha corona. Circunstancia que al final sucedió, pasando el rey de Nápoles a convertirse en Carlos III de España. Por lo tanto, el rey de Nápoles tenía un gran interés en todo lo que estaba pasando con su hermanastro y mantuvo una gran cantidad de correspondencia con diferentes personajes. Las cartas podían partir o estar dirigidas directamente por él o hacía él. Por el

---

<sup>2</sup> Al igual que pasaba con el infante don Luis, compartía con Fernando VI el mismo padre (Felipe V) pero diferente madre (Isabel de Farnesio)

## MATERIAL Y MÉTODOS

contrario, muchas veces utilizaba a su político de confianza en Nápoles, Bernardo Tanucci, o su hombre en Madrid, el príncipe de Yachi.

La correspondencia del futuro Carlos III es de gran interés histórico. Hay que tener en cuenta la situación anómala y el vacío de poder que se dio en España. El rey estaba vivo, pero sin capacidad de gobernar y sin una clara cabeza visible que se encargue del reino. En casos parecidos, por ejemplo por enfermedad o minoría de edad del monarca, el poder se asentaba en la persona de la familia real más cercana, bien en solitario o bien a modo de junta de gobierno o regencia. En este caso podría suponerse que el rey de Nápoles tendría que obtener dicho cargo, pero en la práctica todo fue más difícil. No estaba claro si la situación iba a prolongarse mucho en el tiempo y en el reino se estaba dando una sensación de desgobierno. Pese a ello, el rey de Nápoles actuó con prudencia a la hora de no precipitarse de manera prematura. Sin embargo, dicha actitud fue cambiando a medida que la situación se empezó a intuir como irreversible. En los últimos meses de vida de Fernando VI se puede decir que Carlos VII de Nápoles actuó de manera más activa en lo que se puede llamar acciones de gobierno (Danvila, 1893, Mateos Dorado, 1989).

Las cartas de Carlos VII de Nápoles son de una caligrafía muy mala, algunas en español y otras en francés. A eso se le suma que en el fondo no es un testigo directo. Sus hombres de confianza escribieron sus cartas en italiano o español, pero tampoco se tratan de testigos directos.

### **2.5 Gobernador del consejo de Castilla.**

El Consejo de Castilla se trataba de una de las instituciones más importantes del reino. Durante la enfermedad de Fernando VI estaba presidida por el obispo de Cartagena. Aunque no se trata de un testigo directo, el gobernador del consejo mantuvo una correspondencia con los diferentes testigos y su lectura tiene interés complementario al resto de fuentes.



## MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.6 Isabel de Farnesio y el Marqués de Gamoneda.

Isabel de Farnesio (Figura 10) era la madrastra de Fernando VI. Durante la enfermedad del rey se encontraba recluida, por orden del propio rey, en la granja de San Idelfonso. Pese a ello, Isabel de Farnesio mantiene una intensa correspondencia con los testigos directos como otros personajes interesados o involucrados en el poder. Esta correspondencia también fue realizada indirectamente a través de su secretario personal el Marqués de Gamoneda.

Los intereses de Isabel de Farnesio pasaban por el fallecimiento del rey y que su hijo, el rey Carlos VII de Nápoles, se convirtiera en rey de España como al final así fue.

Pese a no ser un testigo directo su nivel de información era muy alto. Ella misma confiesa a su hijo Carlos que no hay nadie que sepa más que ella en relación a lo que está pasando con Fernando VI:

*“No pudiendo saber nadie mejor que yo, por las gentes que á toda costa tengo alli y en Madrid y por muchas afectas, el curso de la enfermedad del rey y las graves maquinaciones que en personas de toda clase há habido á la sombra de crisis tan fatal.”* (Carta de Isabel de Farnesio a su hijo Carlos VII de Nápoles del 12 de febrero de 1759. Archivo Histórico Nacional, Estado, 2548)

Isabel de Farnesio mantuvo una gran correspondencia durante la enfermedad del rey. Sin embargo, ella misma se encargó de que gran parte de sus cartas no se conserven o sean difícilmente analizables. Por ejemplo, las cartas que escribió a su hijo el infante don Luis no se conservan. El propio infante explica que las quemó por orden de su madre. De la misma manera, gran parte de la correspondencia que escribe a Carlos VII de Nápoles está encriptada con un código numérico. La quema y encriptamiento de sus cartas da a entender la importancia e intereses personales que tenía en juego, al igual de los probables contenidos sensibles de su correspondencia.



**Figura 10.** Isabel de Farnesio.

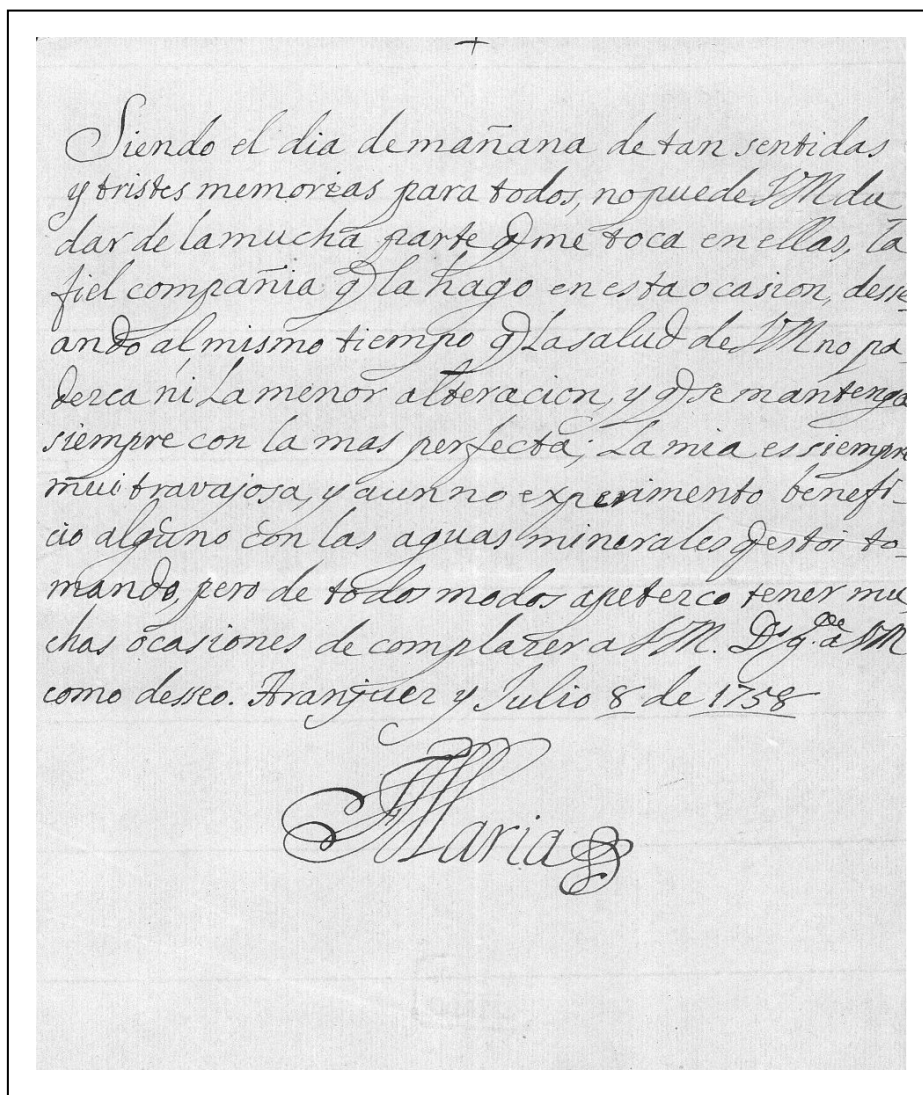
Óleo sobre lienzo de Louis-Michel Van Loo, actualmente en el Museo Nacional del Prado.

La madrastra de Fernando VI estaba muy interesada en todo lo que acontecía al rey. Aunque estaba recluida en la granja de San Idelfonso por orden real, se puede considerar que probablemente era una de las personas más informadas sobre todo lo que estaba pasando, gracias a la múltiple correspondencia que mantenía directa o indirectamente a través de su secretario el marqués de Gamoneda.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.7 Fernando VI y Bárbara de Braganza.

Los propios protagonistas de esta historia, Fernando VI y su mujer Bárbara de Braganza, también contribuyen a esta investigación de manera directa. Realmente existen múltiples documentos escritos por los reyes, pero solo se ha analizado la correspondencia escrita por ellos al final de su reinado (Figura 11). Es cierto que esos documentos no aportan apenas información útil, pero resulta interesante analizar las últimas cartas escritas a puño y letra por Fernando VI y su mujer.



**Figura 11.** Carta de la reina Bárbara de Braganza a Isabel de Farnesio fechada el 8 de julio de 1758.

Para la investigación se analizó también la correspondencia escrita en los últimos meses por los reyes a Isabel de Farnesio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.8 Otros documentos y documentos médicos.

Existen también otros documentos aislados que se analizaron y que tienen cierto interés. Por ejemplo, existe correspondencia entre otros personajes o el testamento de Fernando VI.

La investigación ya parte del manuscrito médico de Andrés Piquer, pero se consideró de gran importancia localizar algún documento médico más. De acuerdo con esto, la búsqueda de más textos médicos fue uno de los retos más importantes en el estudio documental. En consecuencia, también acabo convirtiéndose en una de las mayores decepciones de toda la investigación.

En el estudio de toda la documentación analizada se encontró información que prueba un hecho importante. A lo largo de toda la enfermedad de Fernando VI se mandaron documentos y diarios médicos a Nápoles y a la granja de San Idelfonso. Desgraciadamente, en esta investigación apenas se han encontrado varios documentos médicos aislados, por lo que la gran parte de los diarios médicos están perdidos o su paradero no se ha podido localizar.

La búsqueda se potenció al contactar en varias ocasiones con el Archivo de Nápoles para preguntar si conocían allí la presencia de esos diarios médicos. No obstante, desde dicho archivo contestaron que no tenían constancia de tener esos documentos. Los motivos que desde allí defendieron fue que o bien nunca los tuvieron, o bien que se perdieron o quemaron en la segunda guerra mundial.

Sin duda, lo más frustrante en la búsqueda de más documentos médicos fue el hallazgo de que en algún momento estuvieron en el Archivo Histórico Nacional. Concretamente dentro del legajo Estado 2548. Circunstancia que así se especifica en los sistemas de clasificación del archivo, donde se describe la presencia de documentos médicos de Fernando VI dentro de ese legajo. Sin embargo, en la actualidad todos los documentos de ese legajo están pasado a cinta magnética debido al mal estado de conservación. Desafortunadamente no hay ningún documento médico en esa cinta magnética. Tras comentar dicho hallazgo al personal del Archivo Histórico Nacional, dieron permiso de manera excepcional para analizar directamente los documentos del legajo pese a su mal estado de conservación. Una vez más, no se pudo encontrar ningún documento médico por lo que simplemente habían desaparecido.

La pérdida de documentos en el Archivo Histórico Nacional no deja de ser un hecho triste o

## MATERIAL Y MÉTODOS

lamentable. Las causas pueden ser múltiples, desde que se hayan extraviado a otros legajos y por lo tanto son difícilmente localizables, o que en el pasado alguien los haya sustraído.

Llama poderosamente la atención que el historiador Manuel Danvila asegura que tuvo en su poder los partes médicos de Fernando VI (Figura 12). Afirmación que el mismo realiza en su libro de Carlos III (Danvila, 1893). En ese libro el autor apenas menciona información de dichos diarios médicos, de hecho, parece que los considera poco importantes como fuente de información. Es más, el propio autor comenta como probable que los médicos estuvieran dando información sesgada sobre la salud de Fernando VI al rey de Nápoles. Todo ello con el objetivo de no mencionar de manera clara por escrito la gravedad de la situación en Fernando VI. En especial todo lo que tenía que ver con la situación mental (Danvila, 1893). Parece probable entonces que los diarios médicos fueran poco prolijos a la hora de describir los síntomas. Realidad que la propia Isabel de Farnesio ya sabía y que advertía a su hijo Carlos:

*“Pues teniendo orden del sumiller los medicos de no decir todo el mal y callar la locura”*  
(Carta de Isabel de Farnesio a su hijo Carlos VII de Nápoles del 26 de febrero de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2548)

Resulta evidente que el hallazgo de más documentos médicos hubiera sido de gran interés para el estudio de la enfermedad de Fernando VI. A pesar de ello, es bastante probable que su contenido no hubiera supuesto un gran salto cualitativo en cuanto la información disponible. En general, la lectura de los documentos médicos obtenidos, menos el manuscrito de Andrés Piquer, no aportan apenas información interesante. Los doctores reflejan su ignorancia y entran en discusiones etiológicas y terapéuticas irrelevantes a ojos de la medicina actual. Sobre esa realidad, hay que sumar la alta sospecha que su información estuviera muy sesgada con vistas a no explicar la gravedad de la situación mental de Fernando VI. Por todo ello, sí hubiera sido interesante tener más documentos médicos para analizar, pero su ausencia probablemente tampoco supone una gran pérdida de información.

sostuvo con su hijo D. Carlos, rey de las Dos Sicilias <sup>1</sup>. La que éste y su esposa siguieron á la vez con su augusta madre <sup>2</sup>. La correspondencia que el secretario de Estado D. Ricardo Wall tuvo con Tanucci, Roda y el duque de Alba <sup>3</sup>. Las comunicaciones reservadas que mediaron entre el duque de Béjar, mayordomo mayor de Fernando VI y el rey de las Dos Sicilias <sup>4</sup>. El diario médico de la asistencia del monarca español <sup>5</sup>; y otros varios documentos de la época, de bastante importancia, aunque no tanta como los anteriores. Lo afortunado de la investigación; el natural deseo de dar á conocer lo que se ha tenido la suerte de encontrar; el deber de sintetizar y hacer agradable é interesante el relato histórico, crean una verdadera dificultad, que es forzoso salvar en trabajos de esta índole.

El hecho que dió ocasión á los acontecimientos que se desarrollaron en el último tercio del año 1758 y durante todo el de 1759, fué la enfermedad y muerte del rey de España Fernando VI. Dolorosa había sido la jornada de aquel año á Aranjuez. El 18 de Agosto se llevaron á enterrar á Antígola diez personas de la clase pobre, costeando el infante D. Luis los transportes y entierros; y en el hospital general se aseguraba pasar de quinientos los enfermos que había en Aranjuez <sup>6</sup>. Cuando ocurrió el fallecimiento de la Reina, pasó el Rey al castillo de Villaviciosa, donde se le advirtió una especie de abatimiento de espíritu, que muchos calificaron de melancolía y le obligó á abandonar distracciones y negocios. El ministro Wall, que á la sazón tenía relaciones oficiales con Tanucci, le decía el 26 de

1 ARCHIVO GENERAL CENTRAL.—*Estado*—Legajo 2.548.

2 ARCHIVO GENERAL CENTRAL.—*Estado*—Legajos 2.777, 2.714 y 2.746.

3 ARCHIVO GENERAL DE SIMANCAS.—*Estado*—Legajos 6.090 y 6.091, y colección particular del Sr. Montes.

4 ARCHIVO GENERAL CENTRAL.—*Estado*—Legajo 2.532.—ARCHIVO DEL REAL PALACIO.

5 En poder del autor.

6 Ms. citado del Sr. Sánchez Toca.

**Figura 12.** Fragmento del libro de Manuel Danvila. Fragmento del libro el reinado de Carlos III de Manuel Danvila donde se menciona que el autor está en posesión de los diarios médicos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### **2.9 Conclusiones finales sobre los documentos investigados.**

Una vez realizado el estudio documental se puede ver la singularidad que tiene esta investigación con respecto a las previas. La aportación, extraordinariamente novedosa en este tema, consiste en haber encontrado e introducido el comentario y la lectura crítica y con un enfoque clínico de una amplia correspondencia, hasta ahora no utilizada de manera global, de personas que tuvieron contacto directo con el rey y que se manifestaron con motivo de su enfermedad. Unos por motivos humanitarios y de afecto personal, otros por simple oficio de gobierno, en tanto que terceros lo hicieron guiados por el interés que comportaba su propio futuro con el devenir de los acontecimientos y el inminente desenlace de tan importante suceso.

Toda la correspondencia analizada, junto con la lectura crítica del manuscrito de Andrés Piquer, permite hacerse una idea bastante exacta de lo que realmente sucedió durante todo aquel año con respecto a la salud del monarca. En general, la lectura de toda la información permite al investigador conocer casi en el día a día el estado de salud del rey, así como los principales síntomas y situación general del mismo, en la medida que la información aportada por unos testigos del siglo XVIII permita llegar.

## CONTEXTO HISTÓRICO

---





# CONTEXTO HISTÓRICO

## I. LA FIGURA DE FERNANDO VI Y SU REINADO.

### 1.1 La España del siglo XVIII.

El siglo XVIII va a significar en el mundo occidental un importante desarrollo y transformación en la ciencia, educación, agricultura y comercio, al igual que el inicio de los primeros pasos hacia la industrialización. Desgraciadamente, en España estos cambios fueron de mucha menor intensidad que en los principales países europeos.

La España del siglo XVIII sigue siendo la de una sociedad dividida en estamentos. En ella la religión sigue teniendo un papel importante en la mentalidad de la gente y dentro del contexto de un país despoblado y rural. Por un lado, se puede decir que gran parte de la sociedad española no va a notar grandes cambios con respecto a siglos previos, aunque sí empieza a verse un tímido cambio de mentalidad hacia una modernidad incipiente. Por otro lado, el siglo XVIII va a ser el siglo de la ilustración y eso va a suponer importantes cambios dentro de la intelectualidad, con Feijoo o Jovellanos (Figura 13) como máximos exponentes de la ilustración española (Aguilar Piñal, 2005).

La sociedad seguía bajo los mismos principios de respeto al rey y a la iglesia. De hecho, las normas y la moral del catolicismo regían a grandes rasgos el comportamiento de la sociedad española.

El reino estaba encabezado por el rey, la cabeza del estado y titular de la soberanía por gracia de la divinidad (Aguilar Piñal, 2005). La sociedad estaba dividida en tres estados que favorecían la desigualdad legal y económica: el noble, el eclesiástico y el pueblo llano. La nobleza y el clero van a gozar de diversos privilegios legales y sobre todo económicos, que van a chocar con el ascenso de la burguesía. Lo cual dará con el final del antiguo régimen en España ya en el siglo XIX.

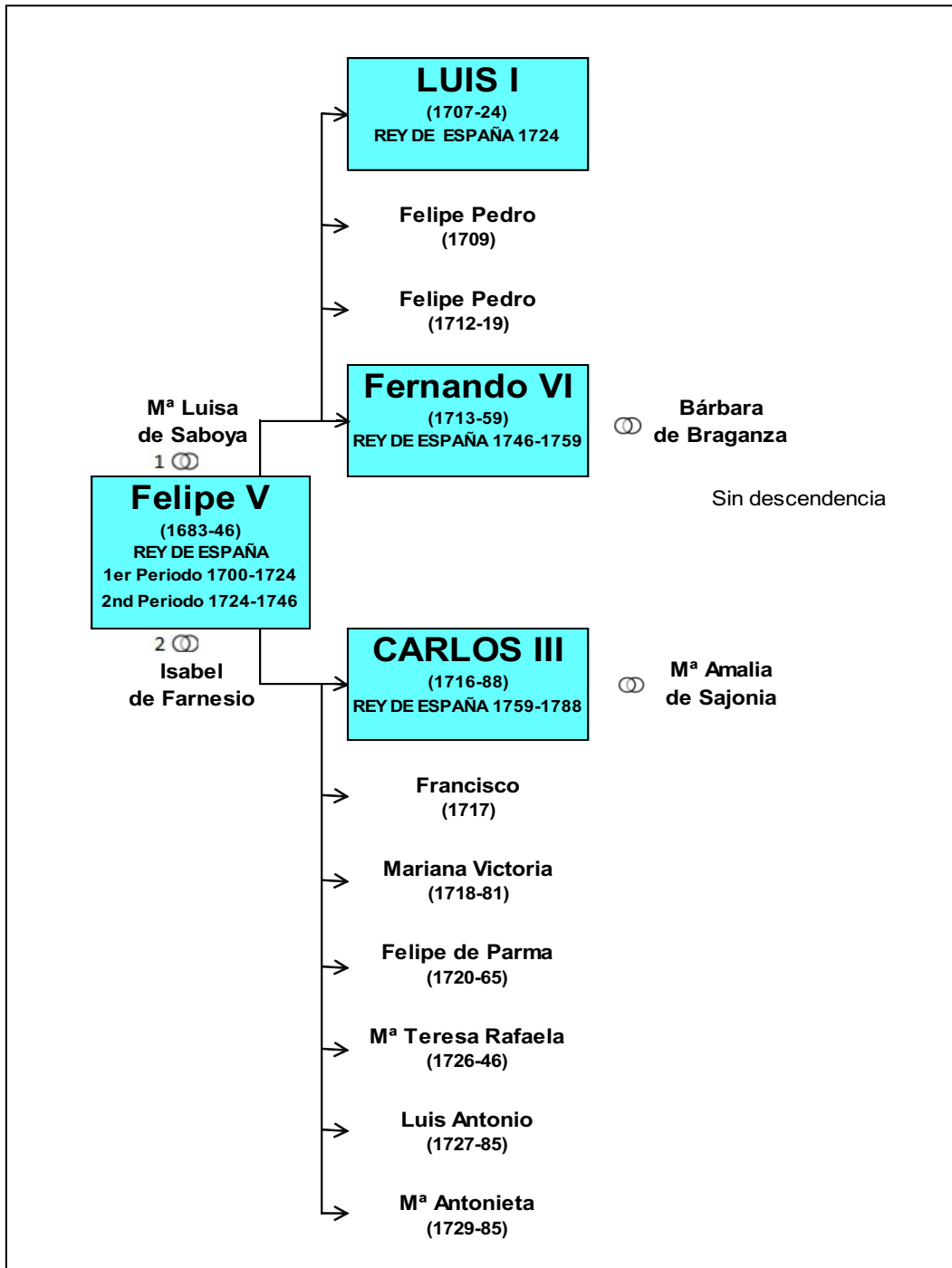
La situación política de los reinos hispánicos se va a complicar a finales del siglo XVII. Tras el fallecimiento sin heredero de Carlos II “*el hechizado*” en 1700. En ese momento la monarquía hispánica tenía dos pretendientes, por los austrias estaba el archiduque Carlos y por los borbones estaba el nieto del rey de Francia, el duque de Anjou Felipe. Tras una guerra de

## CONTEXTO HISTÓRICO



**Figura 13.** Jovellanos, figura de la ilustración española.  
Óleo sobre lienzo pintado por Goya. Actualmente en el Museo Nacional del Prado.  
La figura de Jovellanos como personaje ilustrado es posterior a Fernando VI.  
Jovellanos fue una de las figuras más importantes de la ilustración española.

## CONTEXTO HISTÓRICO



**Figura 14.** Esquema de la familia de Felipe V. Felipe V se casó dos veces. Tres hijos suyos llegaron a reinar: Luis I, Fernando VI y Carlos III. El reinado de Felipe V fue brevemente interrumpido en 1724 cuando abdicó sobre su primogénito Luis, que falleció a los pocos meses de empezar su reinado.

## CONTEXTO HISTÓRICO

sucesión entre ambos bandos se firma de la paz con el tratado de Utrecht que entra en vigor en 1715. Felipe es desde entonces aceptado en la escena internacional como legítimo rey con el título de Felipe V.

Felipe V tendría un reinado muy largo, el más largo de la historia de España, entre 1700 a 1746. Tres hijos suyos se convertirían en reyes (Figura 14). El primero sería Luis I tras la abdicación su padre sobre él en 1724. El reinado de Luis I fue efímero por su prematura muerte a causa de la viruela a los pocos meses de llegar al trono. Tras el fallecimiento de Luis I, Felipe V volvió de su retiro e inicio la segunda etapa de su reinado hasta su muerte en 1746. Esta vez, el sucesor de Felipe V sería Fernando VI que reinaría entre 1746 y 1759. Tras la muerte de Fernando VI sin descendencia, sería su hermanastro Carlos III quien reinará en España.

### 1.2 El reinado de Fernando VI.

Fernando se convierte en rey de España como Fernando VI (Figura 15) tras el fallecimiento de su padre. El reinado de Fernando VI no es tan conocido ni estudiado como otros monarcas y queda muchas veces ensombrecido entre el de su predecesor y sucesor. Sin embargo la aproximación histórica de su reinado de esa manera tan simple es seguramente muy injusta(Gómez Urdáñez, 2013a). Durante su reinado Fernando VI contó con la ayuda de ministros reformistas que buscaron el desarrollo económico y cultural de España, donde destaca el marqués de la Ensenada (Figura 16), José de Carbajal y Ricardo Wall(Gómez Urdáñez, 2013b). El reinado de Fernando VI se desarrolló bajo una política de búsqueda de la paz con la convicción de que las guerras habían perjudicado los intereses del reino, paralizando los adelantos del comercio y la agricultura(Coxe, 2011).

El reinado de Fernando VI se caracterizó desde el punto de vista económico por una serie de reformas. En ellas se estableció las bases de un mercado nacional facilitando la libre circulación de mercancías, se continuó la política de desarrollo industrial que ya se había iniciado con las reales fábricas, se impulsó el comercio exterior y se potenció la mejora de las comunicaciones e infraestructuras (Voltes, 1996). La política fiscal llevaba sin grandes cambios desde los reyes católicos, era anticuada y poco eficaz. Por ello durante el reinado de Fernando VI se modernizó,

## CONTEXTO HISTÓRICO



**Figura 15.** Fernando VI, rey de España.  
Óleo sobre lienzo, de autor anónimo. Actualmente en el Museo Nacional del Prado.  
El reinado de Fernando VI no es tan conocido y estudiado como otros. Sin embargo, durante el mismo se impulsaron las políticas ilustradas que buscaban el resurgimiento económico y cultural de España.

## CONTEXTO HISTÓRICO



**Figura 16.** El marqués de la Ensenada.

Retrato de Jacobo Amigoni. Actualmente en el Museo Nacional del Prado.

El marqués de la Ensenada fue ministro del primer gobierno de Fernando VI. Gran reformador e impulsor de medidas que buscaban la modernización del país entre las que destacan las reformas fiscales, de infraestructuras y modernización de la armada.

Desgraciadamente acabó destituido y exiliado por las maniobras políticas ejercidas contra él por sus rivales políticos y desde el gobierno británico.

## CONTEXTO HISTÓRICO

buscando incrementar los ingresos del reino, pero además intentando que las cargas impositivas fueran un poco más equitativas. Dentro de esa reforma destaca la creación del catastro que se conoce como el de Ensenada por el ministro que lo impulsó (Mateos Dorado, 1981).

Uno de los aspectos a destacar del reinado de Fernando VI fue la política internacional siempre en busca de neutralidad. Fernando VI fue un soberano pacífico que intentó mantener a España fuera de conflictos internacionales (Bonet Correa, 2002). Pese a la política de paz, durante su reinado se continuó con la mejora de la armada y fortificación de puertos, algo que fue de gran importancia para las guerras posteriores (Higueras Rodríguez, 2002).

Es justo recordar la política de desarrollo cultural durante el reinado de Fernando VI (Figura 17). Globalmente en ella no se mejoró la mala situación de la universidad española, pero se protegió otras instituciones como las reales academias donde se primaba la investigación sobre la docencia. De todas las reales academias creadas destaca la creación de la real academia de bellas artes de San Fernando, el observador astronómico de Cádiz, el real colegio de cirugía también en Cádiz, o el inicio del jardín botánico de Madrid en su ubicación original<sup>3</sup>. También se empiezan a dar facilidades para que los españoles salgan a estudiar al extranjero a costa del erario del reino.

Todas esas medidas fueron insuficientes para que en España alcanzase el mismo desarrollo científico y cultural que en el resto de potencias europeas. Pese a ello, supusieron la base para el despegue cultural que se dio en décadas posteriores (Aguilar Piñal, 1981).

Para finalizar, la España de mediados del siglo XVIII sigue siendo un país con poca población, con menos de 10 millones de habitantes y que estaban irregularmente distribuidos. Desde los gobiernos de Fernando VI nos es que haya habido una gran política de fondo que buscara un repunte demográfico. Por ello no se puede hablar de una revolución demográfica, aunque sí hubo un crecimiento moderado de la población que vino de la mano de una disminución de la mortalidad infantil y un aumento de la natalidad. Desde la demografía hay que destacar la movilidad de la población, sobre todo hacia zonas de más actividad económica como Madrid o Cataluña (Gómez Urdáñez, 2013a).

---

<sup>3</sup> El jardín Botánico de Madrid fue fundado originalmente en Migas calientes en 1755. Carlos III decidió trasladarlo en 1781 a su ubicación actual.



## CONTEXTO HISTÓRICO



**Figura 17.** Fernando VI como protector de las artes y las ciencias. Óleo sobre lienzo de Antonio González Ruiz de 1754. Actualmente en el museo de la Real Academia de las Bellas Artes de San Fernando. Durante el reinado de Fernando VI se potenció la política de desarrollo cultural en un país que estaba muy retrasado en ese aspecto con respecto a sus vecinos.

## CONTEXTO HISTÓRICO

### II. LA MEDICINA ESPAÑOLA DEL SIGLO XVIII.

#### 2.1 Medicina tradicional y medicina ilustrada.

La medicina española del siglo XVIII es la lucha entre la tradición y la modernidad (Figura 18).

Es decir, entre el dogmatismo galénico y las nuevas doctrinas de la medicina ilustrada.

Esa dicotomía fue claramente cierta al menos durante la primera mitad del siglo, si bien es cierto que en la segunda mitad se acaban imponiendo los nuevos pensamientos ilustrados.

Se puede decir que la renovación dogmática de la medicina será progresiva y lenta. La resistencia al cambio viene del mundo universitario donde las ideas más tradicionales y estructuras docentes del siglo XVII son más fuertes y reacias a los nuevos dogmas.



**Figura 18.** El médico.  
Óleo sobre lienzo de Francisco de Goya. Actualmente en el National Gallery de Edimburgo.

## CONTEXTO HISTÓRICO

Existió un número elevado de personas que tuvieron mucho mérito a la hora de avanzar en la modernización de la medicina española del siglo XVIII. De todas ellas hay que destacar a Andrés Piquer y Arrufat, del cual se comentará más en detalle a continuación, el doctor Gaspar Casal (Figura 19) con sus sobresalientes trabajos realizados en el principado de Asturias, y a Pedro Virgili, cirujano al que se debe el impulso en la renovación de la enseñanza de la cirugía y la dignificación científica y social de los cirujanos.

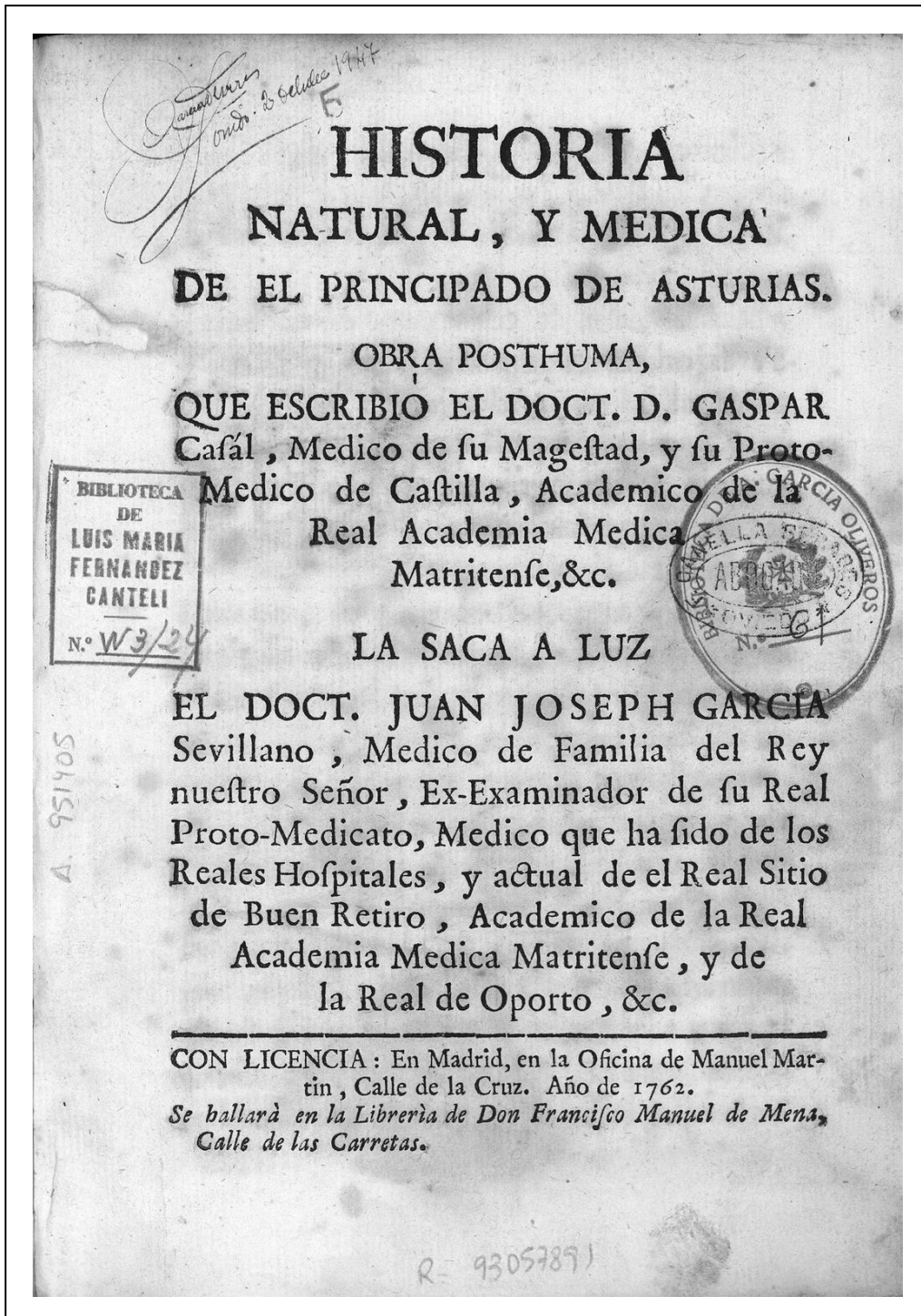
### 2.2 La formación médica.

La formación médica se desarrolla de manera tradicional en las facultades de medicina.

Para acceder a los estudios universitarios era necesario tener el título de bachiller en artes, algo que, dentro de una sociedad principalmente analfabeta, solo las familias adineradas podían hacer. Una vez en la universidad, solamente con la asistencia a las clases ya se podía acceder a los ejercicios finales de grado, sin ningún tipo de examen intermedio durante los 4 cursos que duraban los estudios.

Las universidades otorgaban títulos médicos de bachiller, licenciado y doctor. El título de bachiller ya era suficiente para el ejercicio profesional, su concesión se llevaba a cabo por examen final. El examen era ante tribunal con una disertación latina y la formulación de argumentos y preguntas. El título de licenciado imponía nuevos cursos y obligaciones, además las pruebas eran más complejas. Para obtener el título de doctor se examinaba la vida y costumbres del aspirante al título(Granjel, 1979).

Los estudios de medicina en el siglo XVIII estaban aferrados a la normativa y reglas tradicionales. La formación era anacrónica y en base a los textos galénicos y clásicos. Los contenidos impartidos tenían mucho contenido filosófico, dejando a un segundo plano otras doctrinas como la anatomía, la física o la química. La aproximación a la medicina clínica era muy teórica, especulativa y con pobre contenido sobre el manejo de los recursos terapéuticos. Por consiguiente, se fue provocando un creciente deterioro en la formación universitaria. Todo ello supuso continuo desprestigio de los estudios universitarios de medicina por la poca utilidad que



**Figura 19.** Historia natural y médica del principado de Asturias. Imagen obtenida de la biblioteca virtual del principado de Asturias. El doctor Gaspar Casal es uno de los médicos más importantes de España del siglo XVIII. Entre sus méritos, destaca ser el primero que describió la pelagra o “*el mal de la rosa*” en sus observaciones en el principado de Asturias, además de especular de un posible origen carencial de esa enfermedad.

## CONTEXTO HISTÓRICO

tenían para lo que va a ser luego el ejercicio profesional del médico. Sobre esa situación lamentable, la formación no seguía un modelo unificado, lo que permitía una concesión de grados en universidades carentes de cátedras de medicina. Esa falta de uniformidad no hizo más que aumentar el desprestigio universitario y fue motivo de fuertes disputas entre diferentes universidades(Granjel, 1979).

A lo largo del siglo XVIII existen continuas críticas a la universidad española desde lo que se puede considerar el mundo ilustrado o intelectual. Como ejemplo de ello, a finales del siglo Jovellanos afirmaba que si el estudiante de medicina tenía la fortuna de tener el título "*corría con libre facultad de hacer estragos por toda la península.*" Ante tanta crítica se intentó hacer una reforma de las universidades desde la política ilustrada que buscaba mejorar el anquilosado y anacrónico método de estudios impartidos. En ese sentido, hay que mencionar la reforma de Carlos III de 1770 que buscaba regular los estudios y el abuso de concesión de títulos, al igual que buscar más uniformidad en la impartición de estudios. Entre otras cosas, la reforma de Carlos III añade el estudio de autores más modernos como Boerhaave, Hoffmann y otros, aunque se mantiene el estudio de los textos hipocráticos. Se intensifica la enseñanza en anatomía y se busca dar más práctica clínica (Granjel, 1979).

La reforma universitaria es un hecho importante en la formación del médico en la España del siglo XVIII, pero una de las novedades académicas más relevantes es la creación de centros de formación ajenos a la universidad. En concreto la creación de las academias médicas, las sociedades médicas y los reales colegios de cirugía.

Las academias y sociedades médicas eran centros de iniciativa privada creados para completar y actualizar la formación de los médicos. El pensamiento ilustrado que viene con el nuevo siglo favorece la creación de reuniones sociales donde se comenta las ideas, conquistas científicas y tecnológicas que están llegando de Europa. En el campo de la medicina estas reuniones o tertulias informales acaban desembocando en instituciones reguladas que tenían un afán renovador y confrontaron de manera directa con la visión tradicional del mundo universitario. En ellas se organizaban acaloradas discusiones científicas a modo de consultas o juntas, y que dio lugar a importantes controversias entre los defensores de la medicina galénica o la nueva medicina(Pardo Tomás y Martínez Vidal, 2002). También se impartían lecciones, cursos y juntas

## CONTEXTO HISTÓRICO

literarias donde se avanzaba y profundizaba en los nuevos conocimientos médicos. Posteriormente estas instituciones buscaron un papel regulador sobre el ejercicio médico y la actividad profesional de sus miembros. La primera institución creada fue la regia sociedad médica de Sevilla fundada en 1697, pero a lo largo del siglo XVIII se propagó la creación de nuevas sociedades por todo el país de una manera progresiva y con un papel más influyente en la actividad docente(Granjel, 1979). De ellas hay que destacar el inicio en 1733 de la llamada tertulia de José Horteiga que se reunían al inicio en la calle montera de Madrid. Dicha tertulia poco después se convertiría en la academia médica matritense, que logró la protección real en 1738 y que acabó derivando en la Real Academia Nacional de Medicina(Granjel, 2006).

El desarrollo de la cirugía fue sin duda uno de los aspectos más destacados que se dio en la medicina española del siglo XVIII. Este cambio vino de fuera del mundo universitario con la creación de los reales colegios de cirugía.

Hasta la fundación de los reales colegios de cirugía, las organizaciones gremiales regulaban la formación de los cirujanos. Para ejercer de cirujano las organizaciones gremiales solo pedían el testimonio de tener conocimientos teórico-prácticos y la realización de unas pruebas. Los estudios y prácticas exigidas eran en base a una pobre formación teórica y práctica muy atrasada con respecto a los estudios que se daban en el resto de Europa.

Realmente el impulso de la cirugía en España vino de una necesidad militar. Los ejércitos necesitaban de mejores cirujanos para tener una mejor asistencia a la armada y los regimientos. En la guerra de sucesión, la mala asistencia desde la cirugía española a los ejércitos de Felipe V le evidenció la necesidad de traer cirujanos extranjeros, principalmente franceses. Una vez acabada la guerra, en la corte de Felipe V siguieron sirviendo varios cirujanos franceses que impulsaron la transformación de la cirugía en España. Esta renovación culminaría ya más tarde con la creación de los reales colegios de cirugía con Fernando VI(Granjel, 1979).

El primer real colegio de cirugía fue fundado en Cádiz en 1748, después vino el de Barcelona fundado en 1760, el de san Carlos de Madrid en 1780 y el de palma de Mallorca, Burgos y Santiago al finalizar el siglo. En el desarrollo de la cirugía en España es esencial el papel que jugó el cirujano catalán Pedro Virgili (Figura 20), ya que fue el principal impulsor de los primeros reales colegios de cirugía.

## CONTEXTO HISTÓRICO



**Figura 20.** Pedro Virgili.

Retrato del cirujano mayor de la Armada Pedro Virgili. Actualmente en el Museo Naval de Madrid.

Cirujano catalán que impulsó el desarrollo de la cirugía en España. Entre sus méritos destaca ser impulsor y primer director del primer colegio de cirujanos creado en España. En Cádiz en 1748 y en Barcelona en 1760.

## CONTEXTO HISTÓRICO

Los estudios de cirugía se impartían generalmente en 3 años y comprendían una alta enseñanza en anatomía, cirugía general y diversos conocimientos cénicos y de fisiología. Además, los mejores alumnos completaban los estudios en estancias en otros centros europeos de prestigio. Con el desarrollo del siglo XVIII la educación en cirugía fue progresando e intentando equipararse a la formación universitaria, con la capacidad de dar títulos en bachiller y consiguiente prestigio académico. Otra consecuencia de la mayor preparación académica de los cirujanos fue su ascenso en su reconocimiento social. Su mayor capacitación para curar heridas, realizar operaciones, asistencia profesional al parto etc, les separa de otros profesionales como los barberos como meros sangradores sin apenas formación. Ese ascenso social viene parejo de un mayor reconocimiento oficial, otorgándose a finales de siglo los mismos privilegios legales que a los médicos(Granjel, 1979).

La formación en medicina y cirugía se fue equiparando en contenido y reconocimiento social, aunque permaneció diferenciada durante el siglo XVIII. Si bien a finales de siglo llegan los primeros intentos de equiparar y fusionar los estudios de medicina y cirugía, esta fusión se hace de manera tímida y transitoria, para finalmente conseguirse ya en el siglo XIX.

### **2.3 Regulación del ejercicio profesional: El protomedicato, gremios, cofradías e inquisición.**

El ejercicio profesional de los médicos ya estaba fuertemente regulado en el siglo XVIII. El protomedicato, cuyo origen en Castilla es incluso anterior a los reyes católicos, era la institución destinada a controlar las profesiones sanitarias y velar por el correcto ejercicio de los profesionales de la salud. El protomedicato tenía una capacidad judicial suprema a la hora de tomar resoluciones y emitir sentencias. Además de tribunal, el protomedicato servía como órgano consultivo o normativo de las profesiones sanitarias, concedía las cartas que autorizaban el ejercicio profesional, luchaba contra el intrusismo, inspeccionaba boticas y velaba por la salud pública.

El número de profesionales al que correspondía regular el protomedicato se fue limitando en el pasado. Sin embargo, a lo largo del siglo XVIII se volvió a ampliar su papel regulador. El



## CONTEXTO HISTÓRICO

protomedicato de Castilla extendió su poder hacia el territorio de la corona de Aragón mediante subdelegaciones de acuerdo a la política centralista que trajeron los borbones. No obstante, el protomedicato de Navarra continuó siendo independiente al igual que los diferentes protomedicatos de las indias. En las últimas décadas del siglo XVIII el protomedicato se divide en tres instituciones diferentes encargadas de regular por una parte la profesión de los boticarios, por otra la de los médicos, y una última parte la de los cirujanos, barberos, sangradores y parteros. Finalmente, la institución se va debilitando para finalmente acabar desapareciendo en el siglo XIX (Campos Díez, 1996, Campos Díez, 1999).

Además del protomedicato, existían otras instituciones tradicionales de colegiación a modo de gremios y cofradías, que subsistieron en algunas ciudades durante el siglo XVIII.

Por último, no hay que olvidar el papel que ejercía la inquisición a la hora de ejercer una actividad represora sobre la *“limpieza de sangre”* para ejercer la profesión.

### **2.4 La asistencia sanitaria a la población y el pluralismo médico.**

En la España del siglo XVIII la proporción de médicos y cirujanos con respecto a la población era insuficiente para una adecuada asistencia sanitaria. Sobre esa realidad, hay que añadir que la mayor parte de la población española vivía en núcleos rurales y eso añadía un doble problema. Por un lado, era difícil que un profesional sanitario ejerciese libremente en pequeñas poblaciones dispersas. Por otro lado, los enfermos difícilmente se podían trasladar a un lejano centro urbano buscando asistencia sanitaria. La consecuencia clara de todo ello, es que las poblaciones de zonas más rurales y pobres son las peor asistidas, mientras que los habitantes de zonas urbanas y ricas tienen una mejor asistencia. La solución de muchos municipios rurales era la contratación de profesionales sanitarios a cambio de un sueldo, práctica que se llamaba conducción. Los municipios grandes al tener más recursos podían permitírselo con más facilidad o podían contratar a profesionales con más prestigio. Por el contrario, los municipios más pequeños y pobres recurrían a profesionales con menos prestigio. La contratación o conducción de profesionales por parte de municipios podía ser cerrada o abierta en función de la exclusividad del médico a la hora de tratar a la población y el modo en que esta asistencia era

## CONTEXTO HISTÓRICO

financiada(Fernández Doctor, 2002). Además de los municipios, en los grandes núcleos urbanos también existía la costumbre de contratación de médicos o cirujanos por parte de las cofradías o hermandades(Granjel, 1979).

Como conclusión, se puede decir que gran parte de la población española no tenía a su alcance de manera fácil una asistencia sanitaria profesional. Esta circunstancia favoreció la persistencia de costumbres terapéuticas basadas en la cultura popular y de la coexistencia de diferentes profesionales que complementaban la asistencia profesional, dentro de lo que se llama pluralismo médico: barberos sangradores y sacamuelas, parteras y curanderos.

Los barberos era un grupo profesional muy heterogéneo que asistía de manera tradicional a la población con múltiples funciones: sangradores, sacamuelas, atención a lo que hoy llamaríamos cirugía menor etc. Se trataba de un oficio que ejercía de manera empírica, aunque también tenía sus regulaciones legales y profesionales para poder ejercerse. El desarrollo de la cirugía fue arrinconando profesionalmente a los barberos. Sin embargo probablemente la realización de sangrías fue la función que más perduró en este colectivo junto la asistencia a las patología odontológica (Figura 21) (Granjel, 1979).

Las parteras, matronas o madrinan seguían siendo las profesionales que trataban la patología obstétrica y ginecológica de manera tradicional en España, al igual que el resto de Europa. Hay que recordar que las mujeres no tenían permitido el acceso a los estudios, por lo tanto, los conocimientos que tenían las parteras se pueden considerar empíricos. Sin embargo, eso no quiere decir que el ejercicio de este oficio no estuviera regulado con necesidad de pasar un examen teórico-biográfico y acreditar experiencia ante un tribunal médico y matrona experimentada(Ortiz Gómez, 1996). Como en todos los oficios, existen ejemplos de parteras con diferentes niveles de prestigio, pero en general estas mujeres eran figuras centrales de la vida comunitaria con un importante reconocimiento social y profesional (Terrada, 2009).

La asistencia de la patología obstétrica cambio de manera considerable a partir de mediados del siglo XVIII. Es entonces cuando esa función asistencial fue también otorgada a los cirujanos, llamados comadrones. Estos partían de amplios conocimientos anatómicos y una experiencia teoría y práctica en el tratamiento de patologías quirúrgicas muchísimo más completa. En España

## CONTEXTO HISTÓRICO

estos cambios empezaron a darse con la asistencia al parto dada por los cirujanos comadrones franceses a la reina María Luisa Gabriela de Saboya, la primera mujer de Felipe V.

El desarrollo de la cirugía en España a lo largo del siglo XVIII significó el paso de una partería femenina a una obstetricia masculina. Las mujeres parteras tenían al fin y al cabo todas las de perder. Ellas no tenían la formación y prestigio de los cirujanos y no podían acceder tampoco a esos estudios, a eso se le suma el poder político y religioso que intentaba desprestigiarlas de manera frecuente (Ortiz Gómez, 1996, Álvar Martínez y Pardo Tomás, 2001).

Finalmente, la ignorancia, religiosidad y superstición de la población permite la existencia de los curanderos, saludadores y los remedios apoyados en la medicina popular. Estos últimos con un fuerte componente religioso, místico, astrológico y supersticioso, muchos de los cuales aún perduran en la actualidad, aunque en una menor medida y asociados a la tradición.



**Figura 21.** El sacamuelas.

Pintura al óleo de Gerard van Honthorst. Actualmente en la Galería de Pinturas de los Maestros Antiguos, en Dresden.

La figura del barbero estaba extendida como profesional que daba asistencia a la población en diferentes problemas de salud como sangrador, asistencia de problemas dentarios, traumatológicos etc.

## CONTEXTO HISTÓRICO

### **2.5 La enfermedad y la política sanitaria en la España del siglo XVIII: epidemias, hospitales y políticas de higiene pública.**

En las obras médicas publicadas en el siglo XVIII se mencionan como dolencias frecuentes: el dolor de costado, las pulmonías, hemoptisis, los cólicos, el reumatismo, la epilepsia, las hemorroides, la apoplejía y las dolencias nerviosas como la melancolía e histeria, vapores etc. La sociedad europea y española del siglo XVIII tenía ya una leve tendencia hacia una sociedad algo más urbana e interconectada por el comercio, con las consecuencias para la salud que eso conlleva: falta de higiene en lugares públicos, miseria, enfermedades venéreas, aumento de lesiones por armas de fuego(Laín Entralgo, 1978).

Las fiebres, lo que hoy en día llamamos enfermedades infecciosas, era la principal causa de morbimortalidad en la sociedad y eran temidas cuando venían en forma de epidemias. Las epidemias era un suceso catastrófico para la población con enormes consecuencias demográficas, sociales y económicas. No solo por la acción directa letal de la epidemia, sino también por la acción indirecta de las medidas de aislamiento que se tomaba con las poblaciones afectadas. Estas medidas tenían un objetivo protector para impedir la expansión de las epidemias en otras poblaciones, pero como consecuencia empeoraba aún más la grave situación alimentaria e higiénica en las zonas afectadas(Granjel, 1979).

Durante el siglo XVIII España sufrió varias epidemias de diferente gravedad, aunque hay tres novedades. La primera es la desaparición de las epidemias de peste, la segunda es la transformación del paludismo o terciarias como enfermedad endémica a una que transcurría en forma de brotes epidémicos, salvo en el área de Valencia. La última novedad es la aparición de epidemias de fiebre amarilla(Granjel, 1979).

Lo que hoy en día se entiende como política sanitaria empezó a despegar a lo largo del siglo XVIII. La gran epidemia de peste de Marsella en 1720 (Figura 22) supuso el impulso para la creación en España de un organismo oficial que aplicase las medidas de aislamiento y cuarentena para evitar la propagación de epidemias, a modo de una suprema junta de sanidad, juntas provinciales y municipales(Granjel, 1979).

## CONTEXTO HISTÓRICO



**Figura 22.** Escena de la peste de 1720 en la Tourette (Marsella). Óleo sobre lienzo de Michel Serre. Actualmente en el Museo de Atger en Montpellier.  
La gran epidemia de peste que devastó Marsella impulsó la creación en España de un organismo oficial que luchará con políticas sanitarias contra la propagación de epidemias.

Las grandes urbes eran lugares sucios y lúgubres que favorecían la proliferación de enfermedades, especialmente por el acúmulo de basura y aguas residuales. A lo largo del siglo XVIII las políticas de higiene pública en las ciudades ganan protagonismo, si bien no es hasta la llegada de Carlos III cuando estas se potencian.

Con respecto a lo que hoy se puede llamar políticas de prevención hay que destacar el inicio de las técnicas de inoculación y posterior vacunación de la viruela. La técnica de inoculación empezó a practicarse en varias regiones españolas desde mediados de siglo, no obstante no fue hasta finales de siglo cuando se establece por real orden la disponibilidad de esta técnica en hospitales. En los primeros años del siglo XIX se realizó con dinero real la primera campaña de vacunación de la viruela en todos los territorios de la corona española<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> La Real Expedición Filantrópica de la vacuna. Sufragada por el dinero del reino, fue una expedición realizada entre 1803-1806 y que intentó llevar la vacunación de la viruela a toda la población del imperio español, hasta territorios tan lejanos como Filipinas. Para ello se utilizaron 22 niños que sirvieron como transmisores de la inmunidad. Es considerada la primera campaña sanitaria internacional de la historia.

## CONTEXTO HISTÓRICO

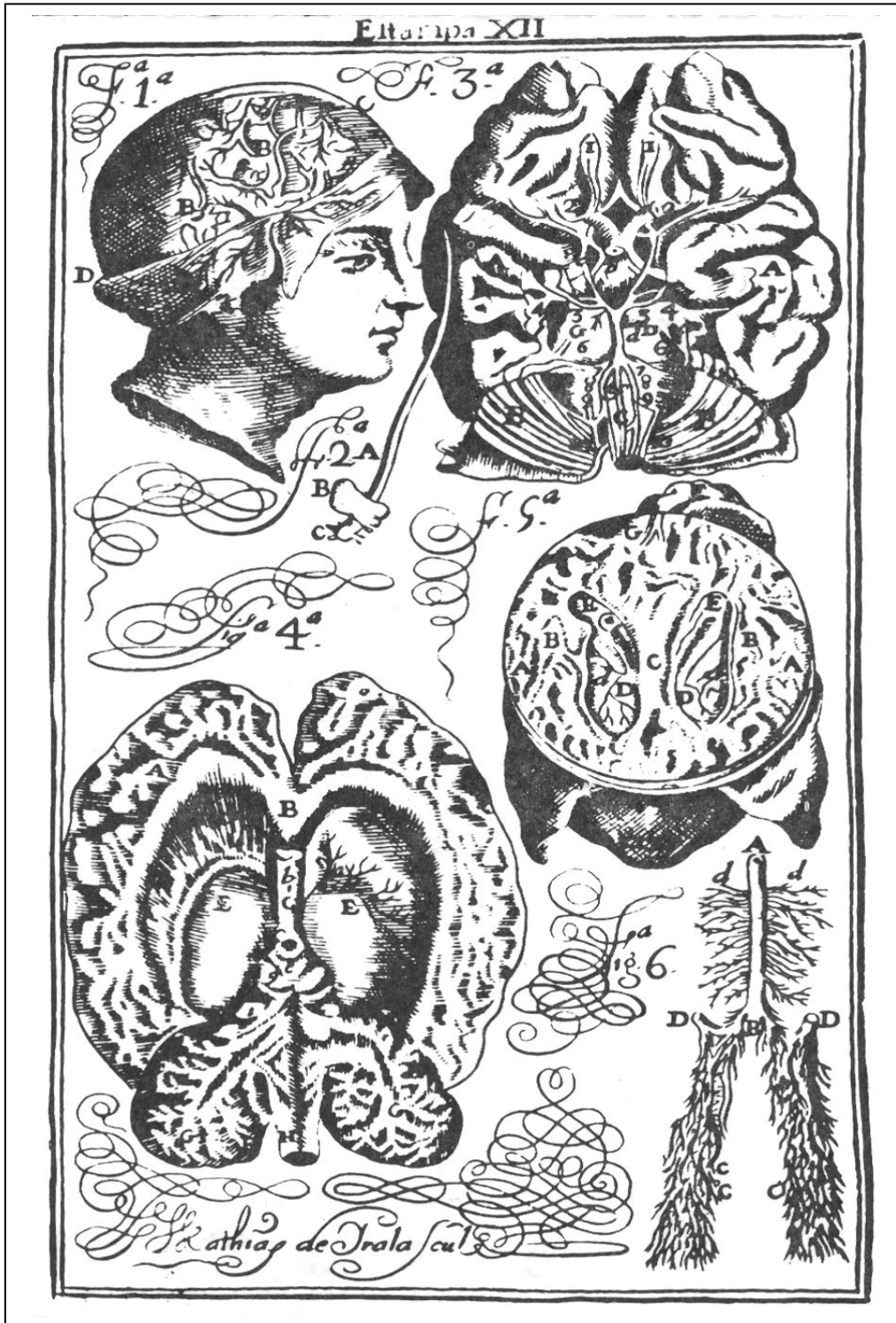
Los hospitales se mantienen como una institución tradicional de ayuda social y comunitaria al enfermo. La financiación de los hospitales era generalmente desde organizaciones privadas, religiosas y gremiales, pero podían tener ayuda desde el tesoro real. Los hospitales estaban generalmente infrafinanciados y por lo tanto desde ellos se ejercía una ayuda asistencial a la población muy mejorable. Una excepción eran los hospitales militares que sí recibían directamente financiación desde el tesoro real y en general estaban mejor dotados (Granjel, 1979).

### **2.6 Los saberes médicos y la praxis médica.**

La nueva medicina que viene de Europa está basada en un modelo más empírico-racional y es heredera de las grandes obras de Sydenham, Boerhaave, Heister, Hoffmann, Spallanzani y Hunter, entre otros. Estos avances van parejos al desarrollo del resto de conocimientos y saberes médicos con especial desarrollo de la anatomía, la fisiología, la clínica y el manejo de la patología quirúrgica.

El progreso de la enseñanza de la anatomía viene asociada a el desarrollo de la práctica de las disecciones y la creación de teatros anatómicos(Álvar Martínez y Pardo Tomás, 2005). El interés por la enseñanza en la anatomía y la práctica de disecciones se incrementa en España desde comienzos del siglo XVIII, de la mano de los cirujanos extranjeros en la corte de Felipe V (Figura 23). En las universidades la enseñanza de anatomía y práctica de disecciones fue en general siempre deficiente, con una mayor práctica en los hospitales, sociedades y posteriormente reales colegios de cirugía. Los autores españoles más destacados en el desarrollo de la anatomía probablemente fueron: Martín Martínez, Manuel Porras, Pedro Virgili, Antonio Gimbernat, Jaime Bonells e Ignacio Lacaba(Granjel, 1979).

El impulso de los conocimientos anatómicos vino ligado al desarrollo de la fisiología y la anatomía microscópica. La fisiología todavía tenía mucho componente especulativo, pero existieron considerables avances en la fisiología reproductiva, digestiva, circulatoria, respiratoria y la electrofisiología(Laín Entralgo, 1978).



**Figura 23.** Fragmento del libro “Anatomía completa del hombre”. Publicado en 1728 por el autor Martín Martínez. El conocimiento de la anatomía en España vino ligado a la llegada de Felipe V y el séquito de cirujanos que trajo con él, pero existieron grandes anatomistas españoles.

## CONTEXTO HISTÓRICO

Los cambios que se dieron en la medicina clínica vienen ligados a la ruptura de los esquemas mentales previos. De acuerdo a las pautas de Sydenham (Figura 24) existe un desarrollo de lo que se puede llamar una medicina empírico-racional, que se enfoca más en los síntomas y se aleja de las rígidas reflexiones teóricas previas. El desarrollo de las autopsias clínicas permite además una mejor correlación clínico-anatómica de las enfermedades que permite avanzar el conocimiento de la medicina clínica.

En la nueva medicina que empieza a implantarse en el siglo XVIII, existe un propósito de definir, describir y explicar la enfermedad. La exploración del enfermo va haciéndose cada vez más minuciosa, metódica y con un espíritu más racional (Laín Entralgo, 1978). La semiología se va a someter a un análisis que va mucho más allá de una descripción sutil y ambigua de los síntomas, todo ello con un objetivo diagnóstico anatomoclínico. Se empiezan a establecer especies morbosas como concepto de lo que hoy llamaríamos nosología o procesos con una entidad clínica propia. Este avance permite una mejor clasificación de enfermedades y signos clínicos patognomónicos propios y promueve el sentido clínico del médico ante el enfermo (Laín Entralgo, 1978).

Una de las consecuencias del desarrollo de la medicina clínica fue el avance de lo que hoy entenderíamos como especialidades médicas no quirúrgicas. Durante el siglo XVIII se produjo un constante pero lento desarrollo de publicaciones que trataban de manera concreta determinados tipos de dolencia.

Las dolencias que hoy consideramos psiquiátricas y neurológicas son tratadas dentro de un mismo grupo de patologías nerviosas donde se le da importancia al dolor de cabeza, vértigo, epilepsia, apoplejía, melancolía, hipocondría y un grupo heterogéneo que englobaba a la histeria, vapores, neurosis, vahídos. En la asistencia a la patología psiquiátrica los manicomios jugaron un papel muy importante, al igual que salas específicas para enfermos mentales en los hospitales generales (Granjel, 1979).

El desarrollo de la cirugía que se dio en el siglo XVIII se reflejará en un mayor conocimiento terapéutico de este grupo más específico de patologías. Especialmente el manejo de la patología traumatológica y la cirugía general con el desarrollo del tratamiento quirúrgico de fracturas, amputaciones, úlceras, hernias, patología urológica, hemorroides y heridas de armas de fuego.



## CONTEXTO HISTÓRICO



**Figura 24.** Thomas Sydenham (1624-1689).

Retrato de Thomas Sydenham, actualmente en el National Portrait Gallery, en Londres.

Probablemente uno de los médicos más importantes en el desarrollo de la medicina clínica de la historia. Rechazó los conceptos clásicos de la medicina clásica galénica ajena a la realidad clínica e impulsó el desarrollo de una nueva medicina empírico-racional. Entre otros méritos, destaca la creación del concepto de especie nosológica en base a las características de los síntomas perceptibles.

## CONTEXTO HISTÓRICO

Todo ello va parejo al avance de nuevas técnicas de incisión, hemostasia como la ligadura y el conocimiento anatómico. Para acabar, el desarrollo de la cirugía también va a significar el avance de la obstetricia hasta ahora exclusiva de las parteras. También de la oftalmología y odontología, aunque esta última aún se manejaba de manera muy rutinaria por los barberos(Granjel, 1979).

### **2.7 Terapéutica.**

La dicotomía entre tradición y modernidad que se vive con la medicina del siglo XVIII, va a tener su eco en el uso de los recursos terapéuticos. La utilización de remedios tradicionales de la medicina galénica va a seguir plenamente arraigada en la práctica médica habitual. A la vez va a empezar a llegar la utilización de nuevos tratamientos sobre todo del campo de la botánica y la química. Si bien va a seguir persistiendo una gran ineficacia en el tratamiento de las enfermedades, por lo que continuará la actitud predominante de nihilismo terapéutico.

La provocación de purgas y vómitos van a seguir siendo junto a las sangrías parte de las técnicas terapéuticas más habituales. Sin embargo, ya empiezan a ser cuestionados desde la medicina, especialmente por lo que se considera un sobreuso de las sangrías. Actitud terapéutica que estaba muy arraigada en España a nivel popular. Una de las técnicas terapéuticas más novedosas del siglo XVIII será la medicina infusoria, entendida como la inyección endovenosa de ciertos tratamientos. A los ojos de la medicina actual dicha práctica tiene mucho sentido para buscar un efecto directo de un tratamiento, sin embargo a los ojos de la medicina tradicional era considerada una aberración y temeridad(Granjel, 1979).

La terapéutica farmacológica tradicional galénica estaba basada en múltiples compuestos de compleja formulación como la triaca magna u otros medicamentos compuestos(Basante Pol, 2010). Esta farmacopea compleja y tradicional empieza a ser cuestionada.

La poca eficacia y complejidad en la formulación de los compuestos terapéuticos tradicionales va a hacer buscar nuevos recursos terapéuticos. Estos serán más simples y vendrán directamente de la naturaleza. En ese sentido, hay que destacar el desarrollo de la botánica como búsqueda de nuevas terapias, la cual se vio muy favorecida con las expediciones científicas en el resto de continentes. España participó activamente en las expediciones científicas con sus campañas

## CONTEXTO HISTÓRICO

botánicas en América (Rodríguez Nozal y González Bueno, 1995), jugando un gran papel en el aumento del conocimiento y uso de la quina (Figura 25) para tratar las fiebres intermitentes y terciarias. Además de la búsqueda de recursos terapéuticos de la naturaleza, se empieza a buscar nuevos tratamientos en la química. No obstante, el desarrollo de la química en la terapéutica médica va a estar muy poco desarrollado.

Uno de los aspectos más destacables en el campo de la farmacopea del siglo XVIII es el intento de ordenación o normalización de las terapias existentes. Los múltiples tratamientos que existían, al igual que las diferentes y complejas formas de preparación, hacía que su uso fuera poco aclarado y uniforme en la práctica de la medicina habitual. Para intentar una ordenación de la farmacopea, el protomedicato ordena la redacción de "*Pharmacopoeia matritens*" en 1739. En esa obra hay un primer intento de ordenar la producción de compuestos con acción terapéutica. Dicha obra fue editada y reimpressa varias veces a lo largo del siglo, al igual que se crearon posteriormente otras con el mismo objetivo (Granjel, 1979).

En la terapéutica del siglo XVIII persiste un importante valor curativo a los baños, el ejercicio físico y las normas dietéticas. La importancia que se le daba a los recursos termales explica la amplia literatura publicada en ese siglo sobre ese tema, al igual que la proliferación de centros hidrológicos. En paralelo y en consonancia con el auge de la búsqueda de recursos simples y naturales, se popularizó el uso del agua natural como elemento curador. Si bien es cierto que los defensores a ultranza del agua como tratamiento, los conocidos como médicos del agua, también tenían una fuerte oposición dentro de la sociedad médica (Granjel, 1979).

Finalmente, en el campo la terapéutica hay que hablar de la existencia de profesionales que recorrían el país vendiendo sus secretos remedios milagrosos para diversas dolencias. Gran parte de ellos solo tenían un objetivo fraudulento abusando de la buena fe de la población.

<p><b>QUINOLOGIA,</b> O TRATADO DEL ÁRBOL DE LA QUINA Ó CASCARILLA, CON SU DESCRIPCION Y LA DE OTRAS ESPECIES DE QUINOS NUEVAMENTE DESCUBIERTAS EN EL PERÚ; DEL MODO DE BENEFICIARLA, de su Eleccion, Comercio, Virtudes, y Extracto elaborado con Cortezas recientes, y de la Eficacia de este, comprobada con observaciones; á que se añaden algunos experimentos Chímicos, y noticias acerca del Analisis de todas ellas.</p> <p>POR DON HIPÓLITO RUIZ, PRIMER BOTANICO de la Expedicion del Perú, Agregado al Real Jardín de Madrid, é Individuo de la Real Academia Médica Matritense.</p>	<p><b>DEMOSTRACION</b> DE LAS EFICACES VIRTUDES NUEVAMENTE DESCUBIERTAS EN LAS RAICES DE DOS PLANTAS DE NUEVA-ESPAÑA, ESPECIES DE ÁGAVE Y DE BEGÓNIA, PARA LA CURACION DEL VICIO VENÉREO Y ESCROFULOSO, Y de otras graves enfermedades que resisten al uso del Mercurio, y demas remedios conocidos.</p> <p>POR EL LICENCIADO DON FRANCISCO XAVIER BÁL MIS, Cirujano Consultor de los Reales Ejercitos, y Socio de la Real Academia Médica-Matritense, Comisionado por S. M. para la comprobacion que se ha hecho en Madrid y Sitios Reales, de la eficacia de ambas raices.</p>
---	--

M A D R I D.




Figura 25. El auge de la botánica y la quinología.

Durante el siglo XVIII a la terapéutica convencional se potenció con la botánica como fuente de remedios. En especial las expediciones en América desarrollaron el uso de la quina para las fiebres terciarias que sufría España.

## CONTEXTO HISTÓRICO

### III. ANDRÉS PIQUER.

La investigación de la enfermedad de Fernando VI pasa obligatoriamente por Andrés Piquer (Angel y Espinos, 2010). La trascendencia de la figura de Andrés Piquer en todo lo que rodea a Fernando VI y su enfermedad es tan alta, que si no fuera por él probablemente la enfermedad de Fernando VI hubiera sido prácticamente olvidada.

Andrés Piquer (Figura 26) nace en 1711 en Fórnoles (Teruel). Su familia era de origen humilde, pero las aptitudes del joven Piquer le permiten ya desde la infancia recibir educación y aprender latín. Gracias a la ayuda externa que pudo obtener la familia, Piquer se traslada a Valencia en 1727 para realizar sus estudios en medicina. Estudios que terminará en 1734.

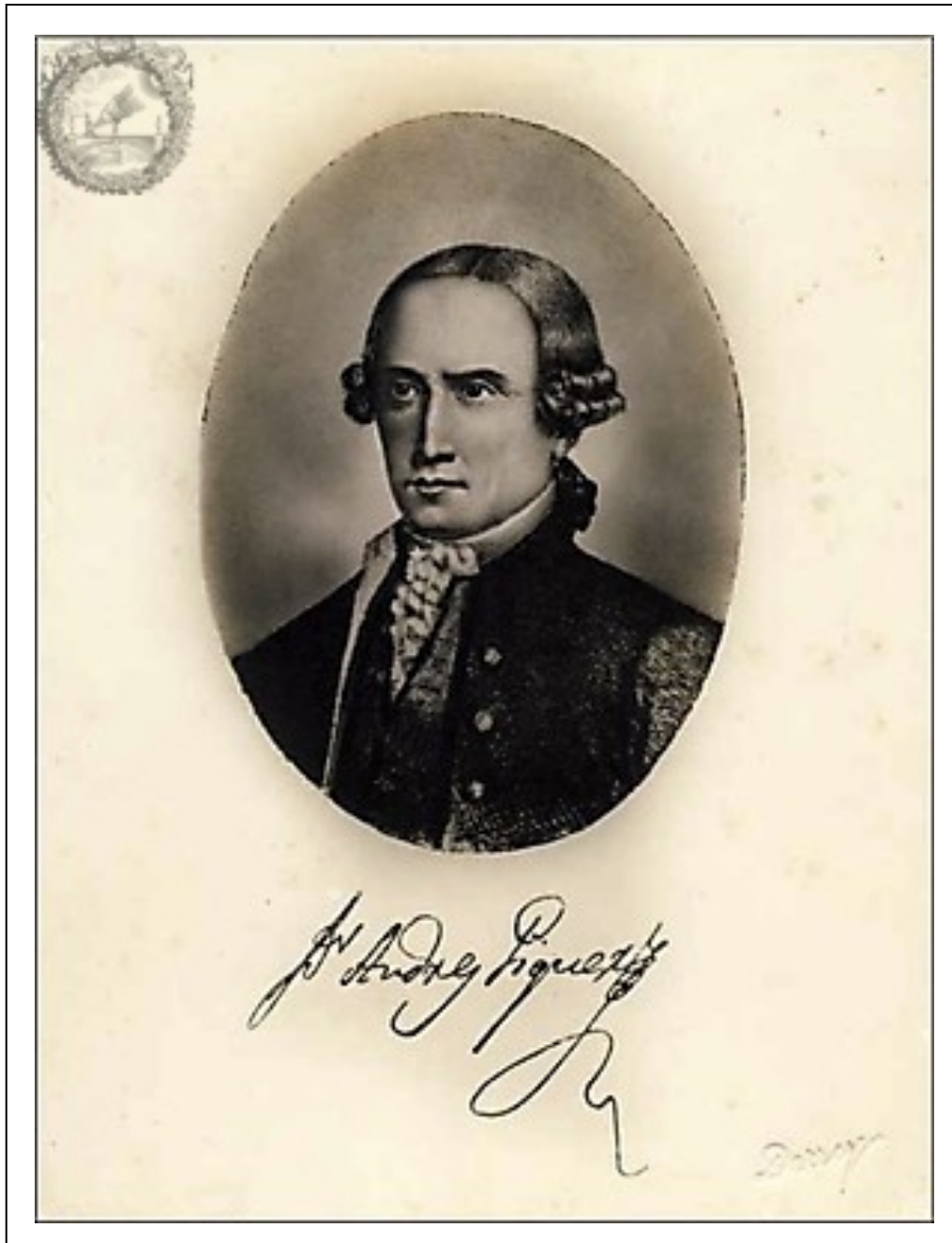
Su carrera profesional empieza con varios fracasos a la hora de opositar a plazas hospitalarias y universitarias. Esos fracasos no rinden al galeno que ve como su fama empieza a crecer gracias a la calidad de sus primeras obras, sus célebres participaciones en consultas y el éxito al tratar una epidemia en 1739. Con 27 años se le da la plaza equivalente a médico titular de la ciudad de Valencia y es nombrado catedrático de anatomía de la universidad de Valencia con 30 años. Su fama se empezó a extender por España y el extranjero por la calidad de sus obras y el reconocimiento de los hombres de ciencia. Esa fama le permite ser recibido como miembro en varias academias y que se le consulte de manera habitual sobre diversas materias científicas.

En 1751 Piquer es nombrado médico de cámara por lo que se tiene que mudar a Madrid y abandona Valencia. En esta nueva etapa profesional como médico de cámara fue nombrado inicialmente médico supranumerario, para ser nombrado médico numerario en 1758.

La etapa en Madrid de Andrés Piquer fue más allá de médico de cámara, durante esos años ostentó el cargo de miembro del tribunal del protomedicato, vicepresidente vitalicio de la real academia y juez en tribunales de oposición y concurso.

Andrés Piquer fue retirándose poco a poco de sus obligaciones, para terminar falleciendo en 1772 de una probable infección respiratoria. Tenía 60 años de edad (Mindán Manero, 1991).

La figura de Andrés Piquer ha pasado a la historia por ser uno de los médicos más importantes de la historia de España del siglo XVIII. Ese reconocimiento no es solo por los cargos que ostentó, sino por la importante obra científica escrita con el consecuente reconocimiento nacional como



**Figura 26.** Retrato de Andrés Piquer y Arrufat. Uno de los médicos españoles más importantes del siglo XVIII. Su contribución es esencial para estudiar la enfermedad de Fernando VI gracias a su manuscrito sobre la enfermedad del rey.

## CONTEXTO HISTÓRICO

internacional. El galeno escribió múltiples obras donde tal vez destaquen por su calidad y difusión: el tratado de las calenturas y las obras comentadas de Hipócrates. Además, Piquer escribió un gran número de discursos, oraciones, consultas, memorias clínicas, dictámenes e informes, al igual que participó en gran cantidad de correspondencia con médicos y otras personas de ciencia. La obra de Piquer destaca por su sentido práctico, su racionalidad y la claridad en sus exposiciones. En ellas el galeno no solo escribe sobre medicina, sino que toca otros campos científicos, filosofía y religión. En su lectura, se demuestra la admiración y conocimiento que tenía Piquer por la medicina antigua, pero se ve que acoge ya las nuevas doctrinas que estaban empezando a brotar.

La relación de Andrés Piquer con Fernando VI viene por su papel como médico numerario de cámara. Previamente Piquer ya había atendido a la reina Bárbara de Braganza en su enfermedad en verano de 1758. En noviembre de 1758 Piquer es llamado junto con otros médicos para atender al monarca en Villaviciosa de Odón cuando este enfermó.

Como se ha mencionado previamente, Piquer tenía una gran capacidad de trabajo para escribir obras y manuscritos. En este caso, la enfermedad del rey no podía ser menos. Una vez fallecido Fernando VI, Piquer escribió un manuscrito titulado "*Discurso sobre la enfermedad del Rey nuestro señor Don Fernando VI (que Dios lo guarde)*". Dicho manuscrito quedó oculto en una biblioteca privada (Pérez, Baldessarini et al., 2011) hasta que se publicó en 1851 dentro de un libro recopilatorio de textos antiguos llamado "*Colección de documentos inéditos para la historia de España*" (Piquer, 1851). Este manuscrito se discutirá con profundidad a lo largo de esta tesis, pero sin duda es una de las fuentes de información primaria más importantes y la base sobre la que se han basado gran parte de los estudios sobre la enfermedad de Fernando VI.

### **IV. ASISTENCIA MÉDICA EN PALACIO.**

#### **4.1 Los médicos de cámara y el protomedicato.**

La asistencia médica en las cortes absolutistas de Europa es un tema aún en estudio. En general, se sigue desconociendo las composiciones exactas y todo lo que tiene que ver con el

## CONTEXTO HISTÓRICO

funcionamiento interno, jerarquía, criterios de selección y promoción de los médicos de cámara (Pardo Tomás y Martínez Vidal, 1996).

Hay dos grandes certezas en relación a la asistencia médica en palacio en la España del siglo XVIII. La primera es que los médicos reales formaban parte de una estructura fuertemente jerarquizada. La segunda es que los médicos de cámara y el tribunal del protomedicato eran dos instituciones independientes pero que funcionaban de manera paralela, ya que estaban entremezcladas en su composición y regulación (Pardo Tomás y Martínez Vidal, 1996).

Había dos grandes grupos jerárquicos dentro de los médicos reales: los médicos de familia y los médicos de cámara. Los que estaban en el nivel inferior eran los llamados médicos de familia. Estos se encargaban de asistir al personal, criados y asistentes a la corte. Dentro de este grupo también había una división jerárquica en función del destino o función específica. Por un lado, los médicos de familia que sí tenían un destino establecido cobraban honorarios directamente de la casa real. Por el otro lado, los médicos de familia que no tenían destino o función establecida generalmente no cobraban de la casa real, aunque no dejaba de ser un título útil a la hora de tener prestigio para buscarse otros clientes. En el nivel superior estaban los médicos de cámara que atendían directamente a la familia real, incluido al mismo rey y que estaba compuesto por un número limitado de 5 o 6 médicos.

El orden jerárquico entre médicos de familia y médicos de cámara permitía la promoción interna de los primeros en los segundos. Para ello era necesario que el aspirante mostrase sus méritos basados en años de antigüedad, el éxito al tratar alguna vez a un miembro de la familia real, haber sido médico examinador del protomedicato o el prestigio académico o profesional general. Como ya se ha mencionado, los médicos reales y el protomedicato formaban dos instituciones independientes, pero superpuestas o paralelas. Como ejemplo, la composición del tribunal del protomedicato venía exclusivamente de los médicos reales. Desde finales del siglo XVI y hasta el siglo XVIII eran 6 médicos los que formaban parte del tribunal del protomedicato: 3 protomédicos y 3 examinadores. Los examinadores eran reclutados entre los médicos de familia por una duración de dos años. Los protomédicos eran al menos 3 de los médicos de cámara y su duración era indefinida o vitalicia, aunque podían ser cesados por orden real. Para poder aspirar a médico examinador del protomedicato, los médicos de familia tenían que solicitarlo



## CONTEXTO HISTÓRICO

formalmente haciendo una memoria de sus méritos. La decisión final la tenía el rey, previa consulta al Sumiller de Corps y los protomédicos(Pardo Tomás y Martínez Vidal, 1996).

La llegada de los borbones no cambio mucho la estructura jerárquica de los médicos reales, si bien se realizaron cambios con respecto a la parte más alta de la pirámide. Por ejemplo, al poco de llegar al poder Felipe V nombra un cuarto protomédico, lo que supone un cambio con los tradicionales tres protomédicos. Posteriormente se crea el cargo de presidente del protomedicato que corresponde al cargo de primer médico de cámara, es decir al médico de cámara de más edad. Más tarde se crea la figura de vicepresidente. Por todos esos cambios el número de protomédicos vario a lo largo del siglo XVIII y llegó a poder ser de 5(Campos Díez, 1999).

Dentro de esa doble estructura de médicos reales-protomedicato hay que nombrar el control que se ejercía también desde el protomedicato en la selección de médicos reales y la promoción de estos dentro de la pirámide jerárquica. La selección o promoción era teóricamente una decisión real y en base a la opinión también del sumiller de Corps. Sin embargo, el tribunal del protomedicato ejercía de examinador de candidatos elaborando informes y opiniones de los méritos alegados, para concluir una decisión a modo en teoría puramente consultiva (Pardo Tomás y Martínez Vidal, 1996).

### **4.2 Los médicos de Fernando VI.**

Durante la enfermedad de Fernando VI, el tribunal del protomedicato estaba formado por un presidente, un vicepresidente y otros tres protomédicos (Figura 27). Como presidente del protomedicato y primer médico de cámara estaba el Doctor Joseph Suñol desde 1746. El doctor Miguel de Borbón y Berné, ocupaba la plaza de vicepresidente desde 1746. Otras dos plazas de protomédico estaban ocupadas desde 1752 por el doctor Gaspar Casal y el doctor Andrés Piquer. La tercera plaza de protomédico estaba ocupada por el doctor José Amar, aunque desde el punto de vista administrativo ocupaba la plaza de protomédico de Navarra desde 1757 y no fue nombrado protomédico de Castilla hasta 1761. En relación a Fernando VI hay nombrar a el doctor Diego Gaviria y el doctor Francisco Logui, a ambos se les concedió la plaza de protomédico en 1746 pero fueron cesados en 1752(Campos Díez, 1999).

## CONTEXTO HISTÓRICO

Como se menciona previamente, los médicos de cámara era un grupo formado por 5 o 6 médicos. Todos los protomédicos eran médicos de cámara, pero no todos los médicos de cámara eran protomédicos. Durante la enfermedad de Fernando VI, el grupo de médicos de cámara estaba compuesto por los mencionados protomédicos: Suñol, Borbón, Casal, Piquer y Amar. También formaban parte como médicos de cámara, que no protomédicos, el doctor Diego Purcell, médico de origen irlandés contratado en 1758 inicialmente para asistir a la enfermedad de la reina, y el doctor Bernardo Arango. Todos ellos atendieron a Fernando VI durante su enfermedad en el castillo de Villaviciosa de Odón (Figura 28 y 29).

*Tribunal del Real Protho-Medicato.*  
**E**L Señor Doct. D. Joseph Suñol, del Consejo de su Magestad, y su primer Medico, Presidente, vive en el Retiro.  
 El Sr. Doct. D. Miguel Borbón, del Consejo de S. M. y su Medico, Vice-Presidente, en el Retiro.  
 El Sr. Doct. D. Gaspar Casal, Medico de S. M. y Protho-Medico, calle del Olmo.  
 El Sr. Doct. D. Joseph Amar, Medico de S. M. y Protho-Medico, en el Retiro.  
 El Señor Doct. D. Andrés Piquer, Protho-Medico, calle del Cavallero de Gracia.  
 El Señor D. Mathias de la Rubia, Añessor, calle de Barrionuevo.  
 El Señor D. Francisco Antonio de Vergara, Fiscal, calle de Alcalá.  
 El Señor D. Francisco Xavier de Quesada,

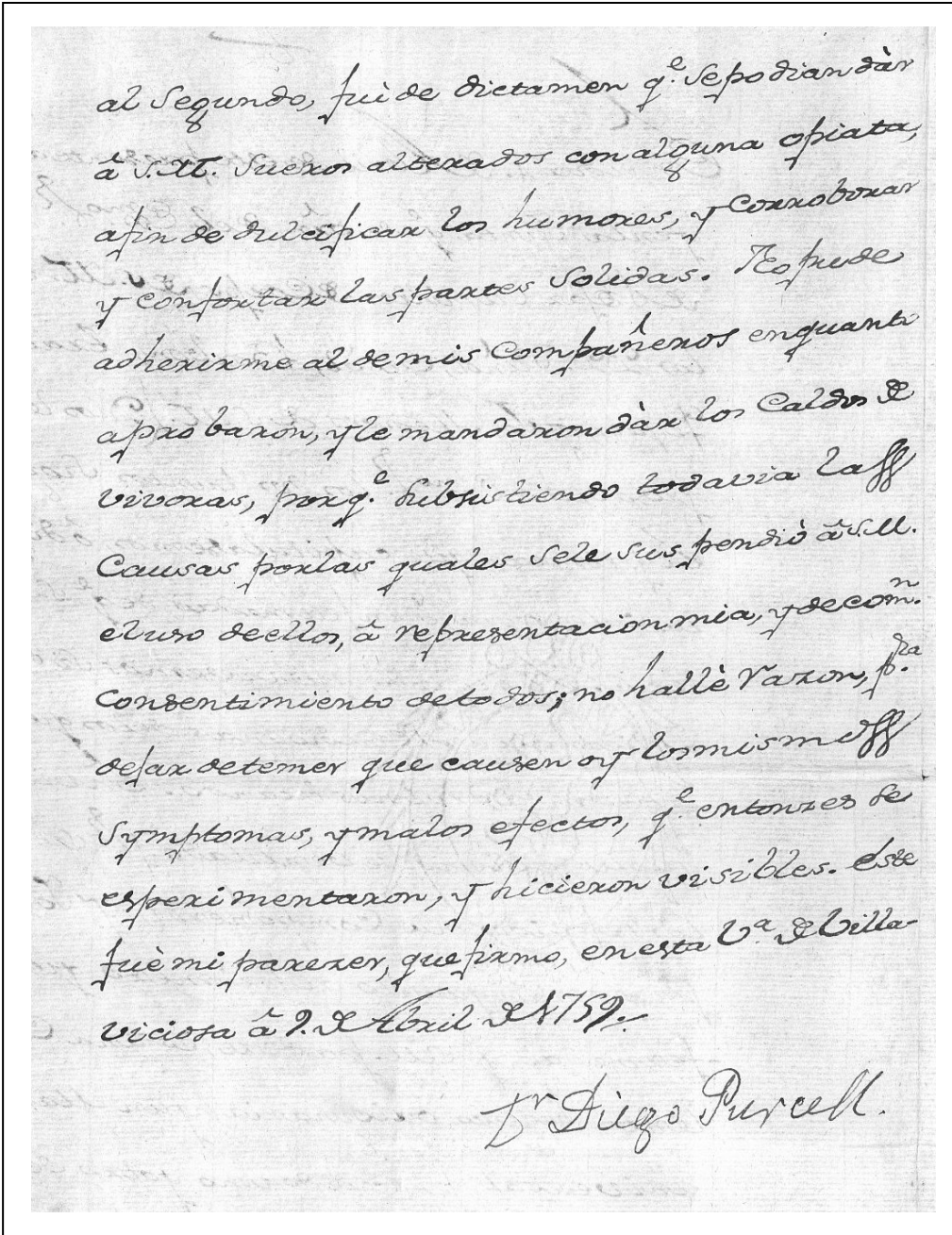
**Figura 27.** Miembros del tribunal del protomedicato en 1758. Imagen del calendario manual y guía de forasteros en Madrid de 1758. El tribunal del protomedicato estaba formado por 5 protomédicos: Suñol como presidente y Borbón como vicepresidente. Casal, Piquer y Amar eran los otros 3 protomédicos. En la lista también se nombra a los miembros no sanitarios: Asesor, fiscal y secretario.

*restablezca la nutricion, quando  
 esta perdida. Villaviciosa á A. 4  
 Abril 1759.*

*D. Joseph Suñol, D. Miguel Borbón, D. Gaspar Casal,  
 D. Jph Amar, D. Andrés Piquer, D. Mathias de la Rubia,  
 D. Francisco Antonio de Vergara, D. Francisco Xavier de Quesada*

**Figura 28.** Última página del documento médico fechado el 4 de abril de 1759. Todos los médicos de cámara de Fernando VI asistieron al rey durante su enfermedad en Villaviciosa de Odón. En este caso, 5 de los 6 médicos firman las conclusiones de una junta que acaban de hacer. Falta la firma de Purcell que decidió firmar unas conclusiones diferentes de dicha junta, que se muestra en la figura 29.

## CONTEXTO HISTÓRICO

A photograph of a handwritten document page in Spanish, written in cursive. The text discusses medical treatments and the opinions of a medical council. The handwriting is dark ink on aged paper. The text is as follows:

al Segundo, fué de dictamen q<sup>º</sup>. se podian dar  
á V. M. Sueros alexados con alguna opiata,  
afin de dulcificar los humores, y corroborar  
y confortar las partes solidas. No puede  
adherirme al de mis compañeros enquanto  
aprobaron, y le mandaron dar los Caldo de  
viveras, por q<sup>º</sup>. subsistiendo todavia la  
Causa por las quales se le suspendió á V. M.  
el uso de ellos, á representacion mia, y se com.  
consentimiento de todos; no hallé Varon, p.  
dejar de temer que causen oy los mismos  
Symptomas, y malos efectos, q<sup>º</sup>. entonces se  
experimentaron, y hicieron visibles. Este  
fué mi parecer, que firmo, en esta C. de Villa  
viciosa á 9. de Abril de 1759.

Dr Diego Purcell.

**Figura 29.** Última página del documento médico firmado por Diego Purcell. Se trata de las conclusiones del doctor Purcell de la junta médica que subscriben el resto de médico de cámara en la figura 28.

## CONTEXTO HISTÓRICO

**LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI**



## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

### I. ANTECEDENTES FAMILIARES

El árbol genealógico de Fernando VI muestra una alta consanguineidad típica de una familia real europea de la época (Figura 30). Repasar todos los antecedentes familiares de Fernando VI resultaría un trabajo inabarcable, aunque solamente se analizasen los antecedentes que tienen que ver con la salud mental. Mismamente en la dinastía Borbón hay llamativos ejemplos de lo que se puede llamar patología psiquiátrica (Vallejo-Nágera, 2006, Gargantilla, 2007). El análisis de los antecedentes familiares de Fernando VI tiene que estar claramente enfocado en la figura de Felipe V. Esta afirmación está sustentada en dos claros motivos: se trata del padre de Fernando VI y por lo tanto un pariente de primer grado, y se trata de un personaje que a lo largo de su vida sufrió importantes alteraciones en su situación mental.

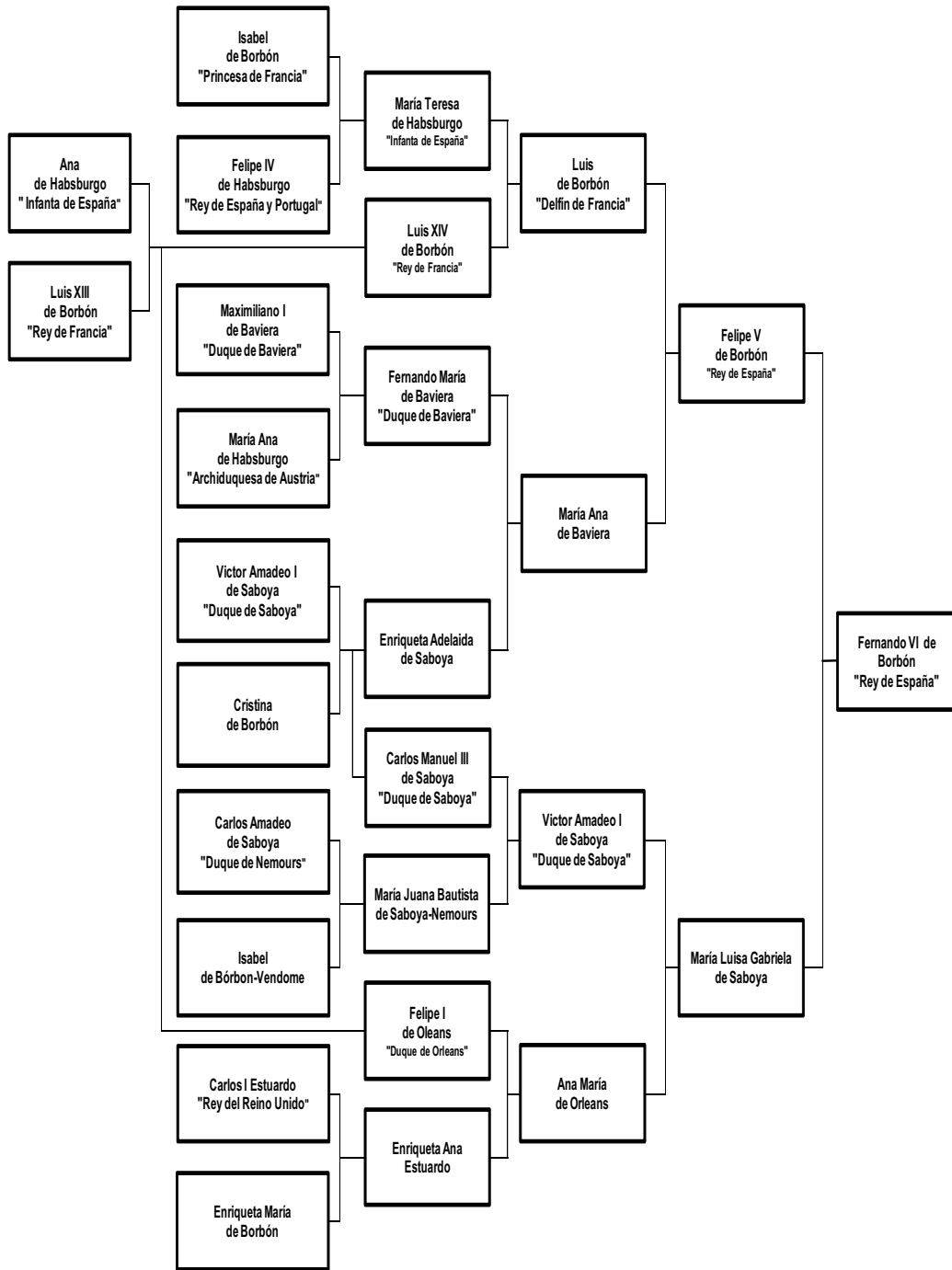
La historia Felipe V resulta altamente interesante y está muy bien documentada. En ella se observa una serie de características continuas que definirán su personalidad y que le acompañarán toda la vida. Sobre esa base, Felipe V sufre varios episodios a lo largo de su vida en los cuales su situación mental empeoraba considerablemente para luego recuperarse, al menos parcialmente.

Felipe V fue conocido como “*el animoso*” por sus ganas de ir a la guerra, al igual que su llamativa temeridad durante las batallas (Vidal Sales, 1997). Ese “*odioso vicio*” que tenía el joven Felipe a ojos de su abuelo (Coxe, 2011) lo demostraría al poco de proclamarse rey de España e iniciarse la guerra de sucesión (Figura 31).

Resulta curioso que el apodo con el que ha pasado a la historia Felipe V haya sido precisamente “*el animoso*”. Una vez acabada la guerra de sucesión, el monarca no pudo volver a experimentar personalmente las emociones de dirigir en primera línea un conflicto bélico. Desde entonces Felipe V se mostrará más bien triste, apático y con una temeridad excesiva a su muerte. Temeridad que le acompañará toda su vida.



## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI



**Figura 30.** Árbol genealógico de Fernando VI. Fernando es el fruto de generaciones y generaciones de consanguineidad típica de una familia real europea, con las consecuencias genéticas que esa política matrimonial acarrea.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI



**Figura 31.** El Duque de Vendôme y Felipe V.  
Pintura de Jean Alaux, actualmente en el palacio de Versailles.  
La pintura representa a Felipe V sobre caballo blanco en la batalla de Villaviciosa de 1710. Felipe V “*el animoso*” estuvo personalmente al frente del ejército en la batalla. La victoria obtenida fue decisiva para el resultado final de guerra y la instauración de la dinastía borbónica en España.

Felipe V también demostró a lo largo de su vida otra serie de características. Como era una obsesión con el sexo, que en principio practicó solo con sus dos esposas (Vidal Sales, 1997), al igual que comer de una forma impulsiva.

Lo interesante de Felipe V va más allá de esos aspectos más o menos constantes que definieron su personalidad toda su vida. Realmente la salud mental de Felipe V destaca por varios episodios de meses o años de duración en los cuales empeoraba mucho por “vapores”. En ellos la apatía del rey se hacía aún más grande y sus temores a su muerte empeoraban de manera manifiesta, muchas veces asociando pensamientos y comportamientos muy aberrantes.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Es posible que el primer episodio se dio cuando Felipe V se despidió de su familia en Francia para acudir a España, está descrito que en ese momento Felipe V cayó en una “*profunda melancolia*”. Sin embargo, el primer episodio grave se registra en la campaña italiana de la guerra de sucesión en 1702, cuando el rey tenía solo 18 años. Estando el rey en Italia supervisando y dirigiendo el curso de la guerra se menciona que empezó a sufrir “*vapores*”. Allí mostró desapego de la vida, tristeza, apatía e indolencia, junto una mayor temeridad a una muerte próxima. El rey perdió el total interés para ejercer tareas de soberano renunciando despachar y delegando todas las funciones a sus consejeros. Parece que le afectaba mucho estar lejos de la compañía íntima de la reina y con los diferentes devenires de la guerra, aunque precisamente eran las ocupaciones militares lo que más le animaba. A propio Luis XIV le llegaron los rumores sobre la “*pereza*” que estaba mostrando su nieto y le advirtió que lo combatiera para que no la dominara (Coxe, 2011). De ese episodio Felipe V se recuperó una vez de vuelta a la península ibérica, con el reencuentro deseado y apasionado con la reina.

Su primera esposa, María Luisa Gabriela de Saboya, falleció en 1714. Felipe V entonces volvió a caer en un ánimo triste y lloraba frecuentemente. La tristeza de ver morir a su esposa fue agravada por una situación de castidad forzada por su viudedad, ya que su sentido religioso le dificultaba buscar una amante fuera del matrimonio. Afortunadamente para el monarca se decidió buscar una solución rápida al problema. En ese mismo año se organizó un nuevo casamiento, esta vez con Isabel de Farnesio (Vidal Sales, 1997), mujer de fuertes ambiciones personales que dominó sobre la débil personalidad del rey toda su vida (Figura 32).

El final de la guerra, la simplificación y aburrimiento de los asuntos de gobierno afectaron al ánimo del rey. Fue a partir de entonces cuando empezó a inhibirse en sus obligaciones y a pasar temporadas de retiro, actitud que marcaría desde entonces su reinado (Vidal Sales, 1997).

En 1717 Felipe V volvió a recaer en sus “*vapores*” y “*vahidos*”. En ese episodio volvió a sufrir dejadez total a dedicarse a sus obligaciones, mostrando una total falta de interés por todo, dejando de comer y cambiando totalmente sus horarios de sueño. Sobre esa actitud el monarca desarrolló de una manera más florida su miedo a morir próximamente. Las razones de esas creencias eran múltiples y muy bizarras, como por ejemplo el convencimiento de que sufría

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

múltiples enfermedades, o que el sol le traspasaba el cuerpo y le dañaba sus órganos, o que la ropa blanca de las sábanas y ropa interior estaba embrujada y echaban luz(Danvila, 1905).

La consecuencia de todos esos pensamientos fueron una serie de órdenes y comportamientos extraños. El rey mandó que en palacio reinase la oscuridad, o cambiar el color blanco de todas las prendas, o cogió la costumbre de no cambiarse de ropa interior hasta que el hedor de la suciedad le obligase a ello. La certeza de que su muerte estaba cerca obligó a llamar al confesor y el propio monarca llegó a hacer un testamento(Vidal Sales, 1997). Finalmente y para sorpresa de la corte, Felipe V se restableció de ese episodio como si nada hubiera pasado (Coxe, 2011).

Uno de los sucesos más extraños del reinado de Felipe V ocurre en 1724. En ese año el rey decide abdicar en su hijo Luis, el príncipe de Asturias.

Los motivos reales de la abdicación es un tema de discusión entre los historiadores, pero seguramente la idea de abdicar la llevara meditando desde tiempo atrás. Existe una corriente de pensamiento que explica la abdicación desde un punto de vista estratégico. Es aceptado que Felipe V tenía una gran ambición personal en aspirar al trono francés(Vidal Sales, 1997, Coxe, 2011). En 1724 se le abrió esa posibilidad, pero permanecer como rey de España le suponía un problema por lo tratados internacionales previamente firmados. Razón por la cual, es posible que Felipe V hubiera decidido abdicar de la corona española para librarse de ese impedimento.

Independientemente de las razones reales de abdicar. Felipe V desarrolla una serie de explicaciones en su carta de abdicación, dando motivos relacionados con las penas de la vida y la guerra, al igual que tenía la necesidad de pasar una vida de retiro y de rezo en busca de su salvación eterna.

El periodo de retiro de Felipe V fue muy breve. Su hijo, el ya rey Luis I enferma y fallece de viruela a los pocos meses de acceder al trono. Tras un leve periodo de incertidumbre sobre quién debe reinar, Felipe V vuelve a convertirse en rey de España y empieza una segunda etapa de su reinado.

En esta segunda etapa de reinado, Felipe V seguirá teniendo muchos episodios donde volverá a recaer en sus “vapores”.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI



**Figura 32.** La familia de Felipe V (1723). Óleo sobre lienzo de Jean Ranc. Actualmente en el Museo Nacional del Prado. Felipe V sale rodeado de su segunda esposa, Isabel de Farnesio, y sus hijos incluidos Fernando (a la derecha del rey con un perro).

El primero de ellos sucede en 1727 y se prolonga hasta finales de 1728. El monarca vuelve a desatender de manera severa a sus labores de gobierno y vuelve a creer con más intensidad que su muerte estaba próxima. En esta ocasión la muerte le vendría porque, entre otras cosas, había escondidos escorpiones en la cama o le iban a matar con una camisa envenenada, motivo por el cual el rey vestía una camisa que ya había sido usada previamente por la reina y que tenía manchada de triaca para protegerse de los venenos. Actitud que mantuvo desde entonces el resto de su reinado. Durante ese episodio el monarca permanecía largos periodos en la cama sin querer levantarse y hablaba cosas sin sentido. Su falta de higiene era total y necesitaba la ayuda de varias personas para levantarlo y asearlo (Danvila, 1905).

Las pocas ganas que tenía Felipe V de seguir reinando le llevaron pensar en una nueva abdicación. Sin embargo, Isabel de Farnesio no estaba dispuesta a perder su condición de reina

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

una vez más. El rey intentó escapar de palacio ante la oposición de la reina a sus planes, por lo que fue necesario encerrarlo con vigilancia para no dejarle salir y que nadie lo viera sin una orden especial. El rey llegó a redactar una carta de abdicación en secreto ocultándosela a la reina (Vidal Sales, 1997). Para desgracia de Felipe V, la reina tenía muchos aliados dentro de la corte y se enteró de la redacción de esa nueva carta. Por todo ello fue fácil para Isabel de Farnesio hacer trozos el documento que ya había sido redactado por el mismo rey. Además la reina ordenó que al rey se le retirara el papel y la tinta, y le exigió al rey juramento de que no volvería a tener tentativas clandestinas de nuevas abdicaciones (Coxe, 2011).

Pese a todo ello en ese episodio tan severo hay dos aspectos que llaman la atención, el primero es que cuando el monarca hablaba de asuntos importantes lo hacía de manera cabal (Danvila, 1905), y el segundo es su "*milagrosa recuperación*" a ojos de la corte a finales de 1728. En ese momento el rey vuelve a la rutina como si nada hubiera pasado y que coincidió con las noticias de la enfermedad del rey de Francia Luis XV. Esas noticias volvían a aumentar las posibilidades de Felipe V de heredar el trono francés (Danvila, 1905), y se correlacionó temporalmente con la inesperada recuperación del monarca. Sin embargo, las esperanzas de convertirse en rey de Francia finalmente se desvanecieron tiempo después (Figura 33).

El último episodio que sufrió Felipe V coincidió con la llamada gira andaluza de la corte (1729-1733). Inicialmente dicha estancia parece que animó al monarca, aunque se mencionan múltiples comportamientos desconcertantes para la corte como los horarios del día-noche totalmente cambiados. Se describe como Felipe V dormía gran parte del día, pero luego salía a pescar a un estanque por las noches. De la misma manera, el rey despachaba a los ministros y recibía embajadores de madrugada vestido en camisa de dormir y medio desnudo. También volvió a sufrir una mayor dejadez de la habitual para los asuntos de gobierno, por lo que la reina obtuvo un mayor poder en la corte. Dicha circunstancia aumentó la tensión en la familia real entre los intereses confrontados de la reina y Fernando, el príncipe de Asturias (Danvila, 1905).

La imagen del rey durante toda la gira andaluza debió ser muy mala, su higiene estaba totalmente descuidada, tenía las uñas largas, al igual que el pelo y la barba. En el vestido, Felipe V siguió usando la camisa sucia y previamente usada por su mujer, no solía mudarse de ropa y por lo tanto su aspecto era más parecido a un mendigo que a un rey, salvo por el sobrepeso. Felipe V



**Figura 33.** Felipe V, de rey España.

Óleo sobre Lienzo de van Loo. Actualmente en el Museo Nacional del Prado. Pintado hacia 1739.

No parece que el monarca hubiera deseado tantos años de reinado. En general le aburría las acciones de gobierno y la rutina. Además, sus intereses siempre estuvieron en la corona francesa.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

no mostraba interés por nada, pero a veces sorprendía a todos por un llamativo gusto por los acertijos y jocosidad(Vidal Sales, 1997), o por el contrario episodios de mayor discusión con la reina y más irritabilidad con los asistentes.

En el verano de 1732 la situación del rey empeora aún más, ya que se vuelve a meter en la cama con una dejadez total sobre todos los asuntos. Allí permanecía chupándose el dedo, metiéndose servilletas en la boca, diciendo cosas absurdas como que no tenía extremidades o incluso dejar de hablar con nadie como si no estuviera allí. El monarca alegaba que ya no podía seguir reinando porque estaba muerto y era justo que lo hiciera el príncipe de Asturias(Danvila, 1905). De esta nueva crisis tan severa Felipe V se volvió a recuperar de manera llamativamente rápida o milagrosa. Esta nueva recuperación coincidió también cuando sus intereses personales en la corona francesa volvieron a surgir con el fallecimiento del segundo hijo del rey de Francia. Como si nada hubiera pasado previamente, se levantó un día de la cama y declaró a su hijo Fernando, el príncipe de Asturias:

*“Que dios, en su infinita misericordia, le había hecho la gracia de restablecerse de su melancolía, que su espíritu y corazón se encontraban satisfechos y que la memoria no le faltaba”.*

Sin perder el tiempo, la corte prendió el viaje hacia Madrid por las prisas de firmar nuevos tratados con Luis XV de Francia(Danvila, 1905).

Parece que Felipe V en la última etapa de su reinado, entre 1733 hasta su muerte en 1746, no volvió a sufrir nuevas crisis tan largas o severas. No obstante, el rey mantuvo una actitud en general apática con una *“melancolía habitual”* y con un aspecto envejecido y descuidado. Seguía con su gusto de dormir por el día y hacer las actividades de noche, nunca mostró una gran ilusión por reinar, mantenía sus conductas compulsivas con el sexo o la comida y mantenía la costumbre de usar una camisa previamente usada por la reina.

Felipe V sufrió un empeoramiento progresivo en su constitución con los años. El 9 de julio de 1746 fallece tras sufrir una apoplejía, aunque la descripción del suceso de su muerte hace pensar más en un problema hemorrágico interno(Gargantilla, 2007, Coxe, 2011).

Sin entrar a analizar de manera profunda el desorden mental que padeció Felipe V, investigación ajena a esta tesis, se puede decir que Felipe V tenía problemas en su salud mental que le dudaron desde su juventud hasta su muerte, es decir durante más de 40 años.



## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Se ha estipulado que Felipe V pudo haber sufrido un trastorno bipolar (Kamen, 2000, Gargantilla, 2007), que se justifica por los episodios recurrentes de “vapores” junto con otros de más actividad. Antonio Vallejo Nágera opina más o menos en la misma dirección. En este caso el psiquiatra considera que Felipe V era una persona hipomelancólica o con depresión constitucional que sufre varias depresiones graves a lo largo de su vida, al igual que episodios de más actividad. Vallejo Nágera considera que esas características son típicas de los psicópatas cicloides (Vallejo-Nágera, 1946).

Parece que Felipe V tenía un trastorno de la personalidad obsesivo: a la guerra, al sexo, a la comida y sobre todo de miedo a su muerte. Por esa obsesión a la muerte se menciona que la personalidad del rey era sombría o melancólica, pero parece que más que un deseo de morir por un estado deprimido sería más una temeridad a su próxima muerte.

Llama la atención que el rey “*animoso*” se convirtiera en el rey “*melancólico*” con el fin de la guerra, la simplificación y aburrimiento de los asuntos del reino (Figura 34). Todo ello hace pensar que Felipe V no debió disfrutar de su largo reinado, que se demuestra con una abdicación realizada y otra posterior abortada de manera forzada.

Seguramente en la familia real se debió respirar una sensación de tensión continua por los diferentes intereses confrontados. Los intereses del rey eran de dejar de reinar. Los intereses de la reina eran que el rey siguiera reinando. Finalmente, el interés de Fernando, el príncipe de Asturias, era que su padre abdicase en él. Por consiguiente, el clima dentro de la familia real no era el más propicio para un rey que además debía estar cansado de su posición y obligaciones. Para concluir, llama la atención que en esos episodios tan severos de “*vapor melancólico*”, el rey sufriera importantes alteraciones conductuales, pero se mostraba cabal en las conversaciones importantes. Pero lo que es realmente llamativo era la recuperación del monarca de manera sorprendentemente rápida. Estas recuperaciones generalmente coincidían cuando sus intereses personales en la corona de Francia estaban en juego.



**Figura 34.** Detalle de Felipe V en el cuadro “La familia de Felipe V”. Cuadro pintado por Van Loo en 1743 que actualmente se encuentra en el Museo Nacional del Prado.

El autor capta el aspecto descuidado y la actitud apática del monarca. Felipe V se representa con un aspecto muy diferente al resto de personajes del cuadro que se muestran más vigorosos y enfrentando al espectador.

## II. ANTECEDENTES SOCIALES/BIOGRÁFICOS DE FERNANDO VI.

### 2.1 La infancia y juventud de Fernando VI.

Fernando de Borbón y Saboya (Figura 35) nació el 23 de septiembre de 1713. Fernando fue el cuarto hijo de Felipe V con María Luisa Gabriela de Saboya, que falleció cinco meses después de darle a luz. Su padre volvería a casarse poco tiempo después con Isabel de Farnesio, con la

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

que tuvo siete hijos más. Con todos ellos, Fernando era la tercera persona en la línea de sucesión tras sus hermanos Luis y Felipe Pedro.

La infancia de Fernando VI estuvo marcada por la división en dos grupos de los hijos de Felipe V, en función de las dos diferentes madres. La división estaba promovida por la reina, ya que Isabel de Farnesio defendía los intereses de sus hijos frente a los hijos de la primera mujer del rey. Esta situación hacía que Fernando estuviera claramente más unido a sus hermanos de madre que a los otros (Gómez Urdáñez, 2013b).

En el contexto de esa realidad, la infancia del futuro Fernando VI debió ser bastante trágica y estresante, pues Fernando tuvo que presenciar los continuos bautizos de sus hermanastros y los funerales de sus hermanos<sup>5</sup>. Sus hermanos mayores, Felipe y Luis, fallecieron cuando Fernando tenía apenas seis y once años de vida respectivamente. La consecuencia más directa para Fernando fue que pasó a estar en la primera línea de sucesión de la corona. Sin embargo, la muerte de sus únicos hermanos de madre debió ser emocionalmente traumática para el joven príncipe. En especial la de su hermano Luis (Figura 36) con el que está bien documentado una relación especialmente cercana, que llamaba la atención incluso a las personas extranjeras que visitaban la corte (Danvila, 1905).

El fallecimiento de sus hermanos de madre fueron eventos trascendentes en la infancia del futuro Fernando VI, haciendo que la enfermedad y muerte marcaran su personalidad. La otra consecuencia fue la soledad con la que se vio envuelta el joven Fernando. Sin su madre y hermanos y con una clara lejanía emocional con sus hermanastros, Fernando parecía un niño tímido bajo la mirada de su ambiciosa madrastra, la cual no le mostraba cariño y al que siempre vio un obstáculo para sus planes. Para empeorar más las cosas, su padre tampoco le mostraba un aprecio excesivo que lo protegiera.

Esa situación se rompe cuando se casó por poderes con la hija del rey de Portugal, Bárbara de Braganza (Figura 37), uniéndose finalmente en enero de 1729 en la catedral de Badajoz. Él tenía 16 años y ella 18 años.

---

<sup>5</sup> Isabel de Farnesio y Felipe V tuvieron 7 hijos entre 1716 y 1729. Los dos hermanos de Fernando fallecieron en 1719 (Felipe) y 1724 (Luis).

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI



**Figura 35.** Fernando VI, niño.

Óleo sobre lienzo de Jean Ranc de 1723, actualmente en el Museo Nacional del Prado.

Durante su infancia, el futuro Fernando VI se mostró tímido y retraído. Bajo la tutela de una madrastra que no le tenía cariño, su infancia estuvo marcada por los funerales de sus dos hermanos y los bautizos de sus hermanastros.



**Figura 36.** Luis I, rey de España.

Óleo sobre lienzo de Jean Ranc. Actualmente en el Museo Nacional del Prado. El reinado de Luis I fue el más breve de la historia de España. Accedió al trono tras la abdicación de Felipe V en enero de 1724 y falleció de viruela en agosto de ese año. Fernando estaba especialmente unido a su hermano Luis, algo que incluso llamaba la atención a los delegados extranjeros. La muerte de Luis probablemente marcó la temeridad a la muerte que mostró Fernando el resto de su vida.



**Figura 37.** Bárbara de Braganza, reina de España. Óleo sobre lienzo de Jean Ranc en 1729. Actualmente en el Museo Nacional del Prado.

Se dice que Bárbara no era una persona bella, hay que tener en cuenta que en la pintura sale especialmente favorecida y agraciada. Sin embargo, se trataba de una persona amable y además con un alto nivel cultural. No hay dudas de que Fernando se sentía muy unido a su mujer.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

La futura reina no gozaba de belleza física, se trataba de una mujer corpulenta y la varicela había dejado marcas en su rostro. Sobre eso, Bárbara de Braganza era una mujer que le gustaba las joyas y la opulencia(Calleja Leal, 2009b). Además, su salud era débil con un largo historial de problemas respiratorios y digestivos.

La corte en Madrid ya estaba advertida de la poca belleza de la futura princesa de Asturias, aun así, parece que el joven Fernando se desilusionó al ver por primera vez a su mujer. En relación a ese hecho el embajador inglés describe el primer encuentro de la siguiente manera(Rios Mazcarelle, 1993):

“Me coloqué ayer de modo que vi perfectamente la entrevista de las dos familias, y observé que la figura de la princesa, aunque cubierta de oro y brillantes, no agradó al príncipe, que la miraba como si creyese que le habían engañado. Su enorme boca, sus labios gruesos, sus abultados carillos y sus ojos pequeños, no formaban para él, a lo que pareció, un conjunto agradable, lo único que tiene de buena es la estatura y el aire noble”

Pese a su fealdad, Bárbara de Braganza era una persona de una gran cultura. Hablaba varios idiomas y tenía una gran afición a la música y otras artes(González Doria, 1999). Era una mujer de dulces modales y una conducta amable, lo que le permitió compenetrar bien con su marido superando con creces las reticencias iniciales.

Esta bastante aceptado que Fernando se sentía muy unido a su mujer, en la cual confiaba y consultaba con frecuencia(Coxe, 2011). El amor y la unión que tenían ambos cónyuges es algo que se puede considerar como poco frecuente entre los matrimonios de la realeza(Rios Mazcarelle, 1993). Por lo tanto, no deja de ser un aspecto llamativo e importante en la historia personal del futuro Fernando VI.

La juventud del príncipe de Asturias fue la de la larga espera para convertirse en rey. La reina consiguió que de manera forzada los príncipes de Asturias vivieran en un segundo plano de abandono y olvido de los escenarios políticos y cortesanos. Dicho aislamiento fomentaba una imagen de un príncipe incompetente en comparación con sus hermanastros.

A esa situación se le suma que el príncipe de Asturias tampoco aprovechó sus pocas oportunidades públicas para mostrarse más allá de su acostumbrado disimulo (Gómez Urdáñez, 2013b). Si a esa situación se le suma la ausencia de descendencia de los príncipes. La timidez y autoestima del príncipe de Asturias seguramente empeoró aún más(Figura 38) (Voltes, 1996).



**Figura 38.** Retrato de Fernando VI como príncipe de Asturias. Óleo sobre lienzo de Jean Ranc en 1731. Actualmente en el Museo Naval. Como príncipe de Asturias, Fernando jugó un papel secundario alejado de la vida cortesana y política que fue forzado por la reina. Dicha situación seguramente haya potenciado la timidez y autoestima del joven príncipe. Imagen obtenida gracias al Museo Naval. Madrid. (MNM 02547)



## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

### 2.2 Personalidad, aficiones de Fernando VI.

Probablemente Fernando no debió ser una persona especialmente inteligente, aunque recibió la educación correcta a su posición con una importante instrucción religiosa de sus preceptores jesuitas. Su personalidad era reservada, fría, dependiente y con falta de espontaneidad y gracia. Eso no quiere decir que no pudiera tener momentos puntuales donde mostraba una actitud más autoritaria, impulsiva o jocosa, pero dentro de una constante de esa personalidad dócil, tímida, indecisa y retraída (Voltes, 1996, Calleja Leal, 2009b, Coxe, 2011).

Uno de los aspectos más interesantes de la personalidad de Fernando VI es la relación que tuvo con su madrastra. Como se menciona previamente, Isabel de Farnesio siempre intento perjudicar y aislar a Fernando desde que esta era un niño e incluso como ya príncipe de Asturias. Fernando, pese a todo, mantuvo una actitud bastante tranquila hacia la reina. Una vez ya convertido en rey, el ya Fernando VI siguió manteniendo una actitud de aparente respeto hacia la figura de su madrastra(Coxe, 2011). Sin embargo, cansado de la continua intriga y falta de respeto que esta le hacía, decidió expulsarla de la corte y recluirla finalmente en la granja de San Idelfonso. Pese a las quejas de la reina viuda, Fernando VI le respondió con una sorprendente autoridad:

*“lo que yo determino en mis reinos no admite consulta de nadie antes de ser ejecutado y obedecido; de lo demás le hablará mi confesor”*(Rios Mazcarelle, 1993).

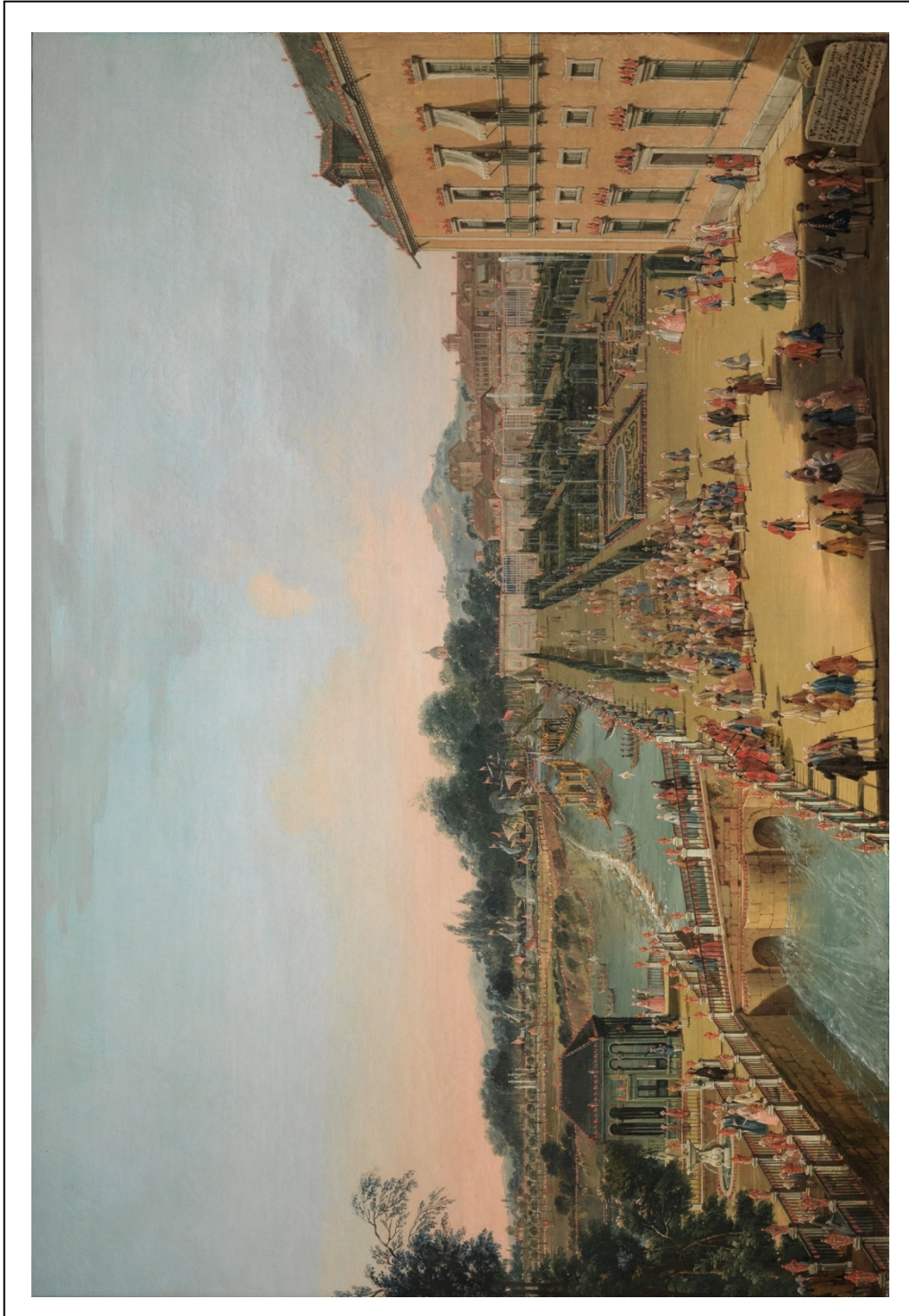
Fernando VI disfrutaba de varias aficiones. Sin duda su mujer fue su principal compañía y disfrutaba su compañía y conversación. Sobre eso, el rey tenía otras aficiones típicas de un monarca de su época como: la caza, la música, los naipes y la colección de relojes, de los que poseía piezas de gran valor y riqueza(Calleja Leal, 2009b, Basante Pol, 2010, Gómez Urdáñez, 2013b).

Aranjuez fue el lugar donde los reyes pasaban su mejores ratos y se convirtió en residencia desde abril hasta ya entrado el verano(García Rives, 1917). Su real palacio sufrió una importante mejora por parte de los monarcas, sobre todo en los jardines (Figura 39), donde los reyes disfrutaban de los paseos a la vista de las gentes(Morán Turina, 2002), al igual que fiestas y espectáculos de teatro y ópera(Gómez Urdáñez, 2013b). Para ello se contaba con Farinelli (Figura 40), uno de los cantantes líricos con más prestigio del momento. Los reyes protegieron y

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

honraron a Farinelli que se convirtió en uno más dentro de la corte(Calleja Leal, 2009b), incluso terapeuta para subir el ánimo del rey cuando este lo necesitaba. De todos los espectáculos que Farinelli organizaba a los reyes, han pasado con más fama a la historia los espectáculos nocturnos y la llamada flotilla del Tajo. Dicha recreación era una flotilla de quince naves engalanadas que surcaban el Tajo mientras Farinelli cantaba a los monarcas(García Rives, 1917). Todo ello convirtió la corte de Fernando VI en un auténtico mito europeo por la calidad, cantidad e innovaciones realizadas dentro del teatro lírico(Torrione, 2002).

Para acabar, Fernando VI tenía un importante sentido religioso. El papel e influencia que tenía sobre él su confesor, el padre Rávago, debió ser especialmente importante. El rey realizaba asistencia diaria a misa, realizaba los sacramentos, rezaba y adoraba diversos santos. También visitaba diversos santuarios y celebraba las diversas fiestas religiosas acorde al calendario litúrgico(Rodríguez y Gutiérrez de Ceballos, 2002). Con el patrocinio de los reyes, especialmente de la reina, se fundó en Madrid el convento de las salesas reales, lugar donde actualmente reposan los cuerpos de los monarcas.



**Figura 39.** Fernando VI y Bárbara de Braganza en los jardines de Aranjuez. Óleo sobre lienzo de Francesco Battaglioli de 1756. Actualmente en el Museo Nacional del Prado.  
Aranjuez se convirtió en el lugar favorito de los reyes, su real palacio fue mejorado durante esos años. Allí Farinelli les organizaba espectáculos que eran famosos en toda Europa. Al fondo se observa sobre el río la flotilla del Tajo.



**Figura 40.** Retrato de Farinelli.  
Pintura de Jacopo Amigoni, actualmente en el Staatsgalerie de Stuttgart.  
Farinelli, sobrenombre por el que era conocido Carlo Broschi. Era uno de los castratos italianos más importantes del siglo XVIII. Su música y espectáculos hicieron de la corte española una de las más famosas de Europa durante la época de Fernando VI y hacía subir el ánimo al rey cuando este lo necesitaba.

### III. ANTECEDENTES MÉDICOS DE FERNANDO VI.

En relación a los antecedentes médicos de Fernando VI, se describen problemas menores como la aparición en su juventud de bultos en el cuello, o una hernia abdominal. Probablemente el suceso más serio fue cuando enfermó de viruela en 1728, enfermedad que había matado a su hermano Luis y que tanto temía (Gómez Urdáñez, 2013b).

Fernando VI no tuvo hijos. Parece probable que haya podido sufrir algún tipo de problema que le haya ocasionado incapacidad para la procreación. En ese sentido, el embajador francés, conde de Lamark, escribía (Rios Mazcarelle, 1993):

“Aun cuando existen en Fernando VI los síntomas y movimientos necesarios para dar satisfacción a una mujer, carece de algo muy esencial, de lo que con un artificio se quita en Italia, a quienes desean que figuren en una capilla de música, de modo que hay en él muchos resplandores, pero sin llamas capaces para la generación”

En base a esa descripción es de suponer que Fernando VI pudo haber tenido algún tipo de problema testicular, como la criptorquidia, que le haya podido también ocasionar problemas hormonales e infertilidad (Gargantilla, 2007).

Con respecto a su salud mental, Fernando VI tenía una personalidad obsesiva con una fobia a la muerte. Dicho trastorno ya lo empezó a mostrar desde muy joven y sobresalía de una manera llamativa, cuando él o alguna persona cercana tuviera algún problema de salud (Gargantilla, 2007, Coxe, 2011). Esa obsesión con la muerte y la enfermedad marcará su personalidad.

Ese miedo a la muerte y a la enfermedad en Fernando VI recordaba a los problemas que había tenido su padre. En el caso de Fernando VI eran mucha menos intensidad y viveza (Coxe, 2011), tal como describe el historiador Willian Coxe:

*“Padeciendo la enfermedad hipocóndrica que había atormentado a su padre, no tenía tanta fuerza como él, y mucho menos actividad, de modo que fue víctima de una melancolía sombría. A la más ligera indisposición que sentía, le asaltaba el temor a la muerte”* (Coxe, 2011)

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Como se menciona previamente, Fernando VI tenía un carácter débil. Sobre eso, aparece también un ánimo triste mantenido que se clasificó como “*melancolía sombría*” y sufrió varios episodios de “*vapores*” con “*días de pelotera*” en donde parece que empeoraba de manera aguda su tristeza e inactividad (Gómez Urdáñez, 2013b). Sin embargo, estos episodios no están muy bien documentados como los que sufrió su padre y no parecen tan llamativos o prologados.

Lo que sí parece más claro es que entre 1743 y 1744, el futuro Fernando VI sufrió lo que parece ser un episodio depresivo. La duración de ese episodio fue de 13 meses según Andrés Piquer. No obstante, no se trata de un suceso que este muy bien documentado. Sobre todo, si se compara con todos lo que le sucedieron a su padre. En las cartas de Isabel de Farnesio con sus hijos de esos años se menciona que Fernando “*está enfermo de la cabeza*”, “*está melancólico*” o que “*tiene fantasías*”. Su hermanastro, el infante Felipe, llega a decir de los problemas de Fernando en 1744 que:

*“Durará toda la vida puesto que todo el mal está en la imaginación de lo cual la cura es más difícil que del cuerpo”*(Danvila, 1905)

### IV. HISTORIA CLÍNICA DEL AÑO SIN REY.

En su último año de reinado, Fernando VI desarrolla un proceso clínico que le aleja de sus funciones como gobernante y que deriva finalmente en su fallecimiento. Situación que se conoce como el año sin rey y que su estudio es la parte principal de esta tesis doctoral.

El análisis descriptivo de la enfermedad de Fernando VI un reto de gran magnitud. La sintomatología que va expresando el rey durante ese año tiene un inicio insidioso, no definido y luego sigue un curso progresivo y continuo. En consecuencia, la descripción de todo lo sucedido durante ese año puede hacerse farragoso, poco estructurado y sobre todo de difícil lectura para una tercera persona. Con el objetivo de un análisis descriptivo más estructurado, se ha decidido realizar una clasificación o división por etapas de la enfermedad de Fernando VI. Para establecer esa división se ha buscado criterios temporales, eventos relevantes y el propio desarrollo clínico de la enfermedad del monarca. Como consecuencia de esos criterios, la enfermedad de Fernando VI se ha dividido en 5 etapas (Tabla 5).

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

La división de una enfermedad progresiva en etapas es algo artificial y no del todo consistente. No obstante, realizar una división de la enfermedad por etapas facilita mucho su estudio y comprensión, sobre todo cuando se trata de un proceso largo y con fases bien diferenciadas.

	Fecha	Contexto	Localización
Etapa 1	Mayo 1758 - 27 agosto 1758	Enfermedad de la reina	Aranjuez
Etapa 2	27 agosto 1758 - Finales noviembre 1758	Inicio de síntomas hasta encamamiento	Villaviciosa de Odón
Etapa 3	Finales noviembre 1758 - Finales febrero 1759	Encamamiento hasta máxima agresividad	Villaviciosa de Odón
Etapa 4	Finales febrero 1759 - Finales mayo 1759	Máxima agresividad hasta demencia severa	Villaviciosa de Odón
Etapa 5	Finales mayo 1759 - 10 agosto 1759	Demencia severa hasta muerte	Villaviciosa de Odón

**Tabla 5.** División en diferentes etapas de la enfermedad de Fernando VI. Se ha decidido realizar una división en etapas para facilitar el estudio y mejor comprensión de la enfermedad de Fernando VI. Para ello se ha usado criterios temporales, eventos relevantes y el propio desarrollo clínico de la enfermedad del monarca. Sin embargo, realmente hay que entender la enfermedad de Fernando VI como un proceso continuo y progresivo.

La primera etapa sería la que acontece durante la enfermedad de la reina hasta su muerte. Esta etapa ocurre enteramente en Aranjuez y corresponde desde mayo de 1758 hasta el 27 de agosto de 1758. Desde entonces el resto de etapas ocurren ya en Villaviciosa de Odón a donde Fernando VI se desplaza al morir la reina.

La segunda etapa empieza con la muerte de la reina y finaliza a finales de noviembre de 1758. Para establecer esta división se ha establecido el momento en el cual se puede considerar a Fernando VI una persona prácticamente encamada. Probablemente esta segunda etapa es la más importante, ya en ella se van a desarrollar casi todos los síntomas desde el inicio.

La tercera etapa finaliza a finales de febrero de 1759. Esa fecha seguramente marca el zenit con respecto a uno de los síntomas más problemáticos en el rey, la agresividad.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

La cuarta etapa tendrá su fin a finales de mayo de 1759. Para entonces la situación general de Fernando VI es muy mala.

La quinta y última etapa acabará con el fallecimiento del rey el 10 de agosto de 1759.

### 4.1 Primera etapa. La enfermedad de la reina (2 de mayo 1758- 27 agosto 1758).

La primera etapa de la enfermedad de Fernando VI, corresponde a los meses de estancia de Aranjuez durante la enfermedad de la reina (Figura 41), y que son previos al desarrollo clínico de los síntomas en el rey<sup>6</sup>.

La salud de la reina Bárbara era ya previamente débil, pero en los primeros meses de 1758 la reina desarrolla dolores y bultos abdominales, con sangrados ginecológicos. Todos esos síntomas seguramente estaban en relación a un posible tumor abdominal.

Pensando que tal vez un cambio de aires pudiera mejorar la situación de la reina, se decide trasladar la corte al palacio de Aranjuez. La comitiva real parte desde el Retiro y finalmente llegan a Aranjuez el 2 de mayo de 1758.

La documentación de los primeros meses de estancia es poco prolija sobre la situación médica de los monarcas. El estado de la reina debía de ser bastante malo, pero aun en esas condiciones, los reyes pasean y asisten al evento organizado el 30 de mayo por la celebración de San Fernando. Además, el rey sale a cazar durante al menos el mes de mayo (Figura 42).

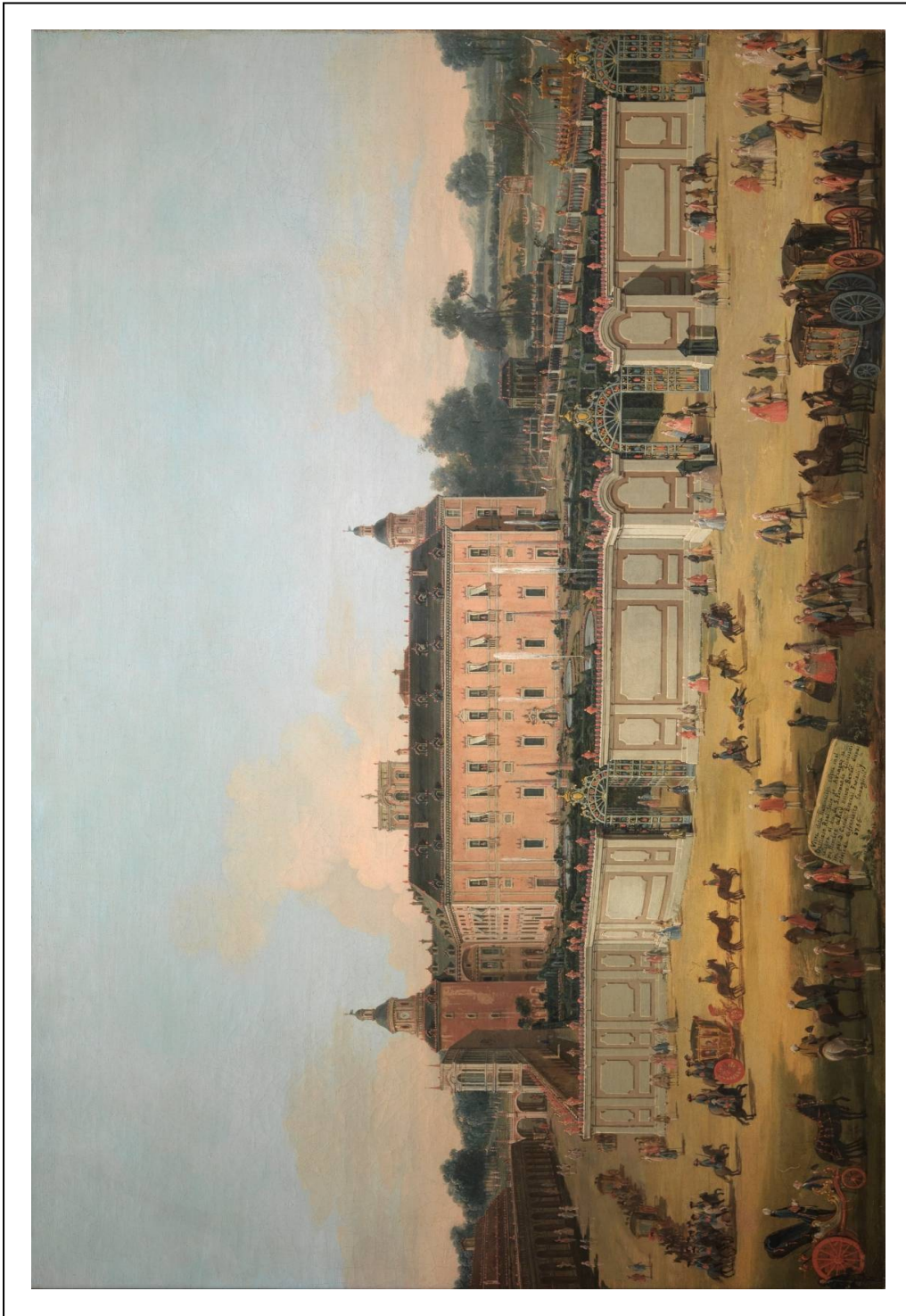
La estancia en Aranjuez empieza a torcerse de manera clara a mediados de julio de 1758. Sobre esa época la salud de la reina empeora ya de manera evidente y los médicos empiezan a hablar ya de un mal pronóstico a corto plazo.

El estado de la reina debió ser lamentable y los médicos poco pudieron hacer. La desesperación vivida debió ser tal, que se manda traer a un médico del agua, Vicente Pérez, para luego invitarle a irse ya que lo que proponía era un “*disparate*”. Sin embargo, y pese que la situación de la reina es descrita como “*un horror*” o como un “*deplorable estado*”, esta aguanta milagrosamente viva

---

<sup>6</sup> Realmente esta afirmación no es del todo correcta. Probablemente Fernando VI ya estuviera mostrando síntomas, pero de una manera clínicamente no muy llamativa, o ensombrecida por la magnitud de la enfermedad de la reina y la personalidad previa de Fernando VI.





**Figura 41.** Vista del palacio de Aranjuez.

Óleo sobre lienzo de Francesco Battaglioli de 1756 realizada por motivo de la celebración de la onomástica de Fernando VI actualmente en el Museo Nacional del Prado.

Desde principios de mayo hasta el 27 de agosto de 1758, Fernando VI permaneció en el palacio de Aranjuez por la enfermedad y agonía de la reina Bárbara de Braganza. En este palacio ocurre la primera etapa o fase de la historia del año sin rey, justo antes de que Fernando VI mostrase síntomas clínicamente relevantes.

31 May. 1758. 132.  
 Estimo infinito a V. M. todo quanto me dice en  
 su Carta, en quererme manifestar sus buenos deseos  
 sobre El Dia de mi Nombre, y tambien las expre-  
 siones que me hizo de orden suya, El Marques  
 Tripuzzi alusivas al mismo assumpto. Me Alegro  
 mucho que V. M. goze perfecta salud, la mia es  
 buena a Dios gracias, y ayen logramos del paseo  
 del jardin, y de la vistosa iluminacion de la Noche  
 muy bien, porque hizo un Tiempo muy hermoso  
 y sereno, con un concurso innumerable de Gente,  
 que aumento la hermosura del sitio, Tambien  
 tuvimos una Serenata muy pulida. yo me dividia  
 adora con la Caza de Codornices, matando bastantes  
 todas las tardes porque el Año es abundante de ellas

**Figura 42.** Carta de Fernando VI a Isabel de Farnesio del 31 de mayo de 1758. Fernando agradece las felicitaciones por su santo a la reina viuda y dice que han estado paseando por los jardines del palacio y que él ha estado cazando. Fernando dice que tiene buena salud.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

durante algunas semanas más, para finalmente fallecer de madrugada 27 de agosto de 1758, con 46 años de edad.

En relación al rey, la descripción que más se usa en las fuentes documentales es que “*el rey esta bueno*” o que “*la salud del rey es robusta*” o que el rey goza de “*buena salud*”. Estas descripciones no quieren decir que Fernando VI no tuviera ningún tipo de sintomatología de la esfera del ánimo como: tristeza, ánimo decaído, tendencia a llorar etc. En el fondo sí se describen ese tipo de síntomas en el monarca, solo que no eran algo sorprendentes para los testigos. De hecho, pese a que los testigos se alegren de la buena salud del rey, también dejan clara constancia de que Fernando VI llora “*en abundancia de lagrimas*” y se siente muy afligido cuando oye noticias sobre la mala salud de la reina.

Como se ha explicado previamente, el rey se sentía muy unido a su mujer y era uno de sus principales apoyos familiares y sociales. Basta como ejemplo que pese a la mala relación que tenía Fernando con Isabel de Farnesio, este se siente agradecido y lloroso cuando le leen las cartas de consuelo que le escribe Isabel y le da:

*“infinitas gracias de lo que contribuío en el casamiento de esta señora con el, pues es tanto el amor i cariño que se tenían uno al otro”* (Carta del infante don Luis a su madre del 25 de Julio de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2593)

El único episodio atípico que se describe en el rey, más allá de una diarrea que sufre a principios de agosto, es cuando sufre una “*congoja*” al escuchar que a la reina le van a dar la extremaunción el 27 de julio. Sin embargo, el término “*congoja*” resulta poco descriptivo y a lo largo de toda la documentación encontrada se usa de manera poco específica. De todas formas, por lo poco que se describe ese episodio, seguramente haya sido algo clínicamente poco relevante y no muy sorprendente para los testigos.

Los médicos y otras personas de la corte temían una descompensación mental en el rey por el sufrimiento emocional que estaba sobrellevando con la enfermedad de la reina. Esa conclusión se puede extraer por cuatro decisiones que se tomaron.

La primera decisión fue la recomendación de que el rey no viera a la reina durante su enfermedad. Para ello se hizo una especie de despedida final entre ambos cónyuges cuando la reina todavía estaba aceptablemente bien.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Esa situación está bien reflejada en toda la documentación encontrada, aunque basta como ejemplo el siguiente fragmento de una de las cartas:

*“el día que yo vine fue quando se despidieron uno del otro mui tiernamente, con que ya que estavan despedidos. A lo menos asta estar mui seguros de la mejoría, no era razon que la fuese a ver, y más quando los medicos an estado siempre firme en que se muere sin remedio”* (Carta del infante don Luis a su madre del 27 de julio de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743).

Pese a las recomendaciones, el rey sigue yendo ocasionalmente a ver a la reina para luego lamentarse mucho de verla tan mal. Circunstancia que también entristece a las demás personas. La segunda decisión fue tomada muy de antemano. Había que marcharse de Aranjuez rumbo al castillo de Villaviciosa el mismo día que muera la reina. Con ello se buscaba no prolongar la estancia en Aranjuez y que el rey tampoco asista al funeral de su mujer. Parece que todo era con el objetivo de intentar distraer o alejar al monarca de todo lo que tiene que ver con la muerte de la reina.

La tercera decisión se relaciona con la situación de inactividad total del rey durante esas semanas, ya que su rutina diaria consistía en estar encerrado en el palacio sin realizar ninguna actividad de ocio. Por ese motivo los médicos y otras personas cercanas convencieron a Fernando VI a que saliera a pasear todas las tardes con el infante don Luis. Seguramente se buscaba una actividad física en el monarca y que además le distrajera temporalmente. En el palacio prácticamente no se hablaba de otra cosa que la enfermedad de la reina y eso no parecía conveniente para el ánimo de Fernando VI.

La última decisión seguramente fue tomada también con antelación. La reina fallece de madrugada, pero se decide no despertar al rey para comunicarle el fallecimiento de su mujer. Ya en los días previos se va poniendo al rey en situación, para una vez que la reina muere ir diciéndoselo de manera paulatina. Fue todo tan absurdo que seguramente Fernando VI fue la última persona en palacio en enterarse del fallecimiento de su esposa. Basta como ejemplo de esto último como describe la situación Ricardo Wall una vez que falleció la reina Bárbara:

*“No se aun si al rey le han dicho claramente que la reyna nuestra señora ha muerto. Sé que estaria dispuesto decir a su majestad que ya no tenia habla ni sentido, y que poco a poco se fuese preparando a su majestad para no sobresaltarle y no le diese alguna congoja, pues con*

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

*todo el tiempo que ha durado la enfermedad y el desengaño de los medicos, de mayor verdad no ha dejado el rey de lisonjearse por la suma adulacion de algún sujeto, y en esta corte, como en todas, no faltan y quizas se ve uno de tantos con harto dolor”* (Carta de Ricardo Wall al marqués de Gamoneda del 27 de agosto de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2584)

Más tarde, cuando el rey se entera del fallecimiento de su mujer, este se muestra realmente triste como el infante don Luis describe:

*“El rey esta sumamente afligido con la muerte de la reyna. Esta echo una lastima”* (Carta del infante don Luis a su madre del 27 de agosto de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

Para acabar la descripción de esta etapa. Hay que mencionar que durante la estancia en Aranjuez el rey continúa despachando asuntos de gobierno con el ministro Ricardo Wall, al igual que leyendo y contestando cartas. Tampoco parece por las breves descripciones dadas que se hubiera visto nada anómalo en la forma de actuar del rey en relación a su función como gobernante. De la misma manera, es importante señalar que el rey mantiene su habitual comportamiento religioso, es más, los hace con *“resignacion admirable”*. Los días antes de que la reina fallezca tampoco se menciona ningún episodio o detalle especial en el rey más allá de que se muestra triste y afligido.

Como análisis de esta etapa de Aranjuez se pueden sacar una serie de conclusiones en relación a la situación clínica de Fernando VI (Figura 43).

<b>RESUMEN PRIMERA ETAPA ENFERMEDAD FERNANDO VI (ARANJUEZ, 2 MAYO 1758 - 27 AGOSTO 1758)</b>
<b>CONTEXTO DE LA ETAPA</b>
Enfermedad, agonía y muerte de la reina Bárbara de Braganza. Inicialmente se mantiene actividades de ocio en palacio. Desde mediados de julio la salud de la reina empeora y todo cambia. La salud de la reina como el tema principal del día a día en palacio.
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES EN LA SALUD DE FERNANDO VI</b>
El rey goza de buena salud pero se muestra triste y lloroso. Los síntomas de tristeza del rey no son relevantes para los testigos.
<b>SITUACIÓN CONDUCTUAL Y COGNITIVA DE FERNANDO VI</b>
No se menciona nada de interés. El rey despacha asuntos de gobierno, lee y contesta cartas. El rey atiende a su rutina religiosa. El rey abandona actividades de ocio y come menos.
<b>OTROS DATOS DE INTERÉS</b>
Los médicos y personas de la corte toman 4 medidas buscando no afectar más anímicamente al rey.  <ol style="list-style-type: none"><li>1- Intentan sin éxito que el rey no vaya a ver a la reina durante su enfermedad. Se hace una especie de despedida oficial de ambos cónyuges.</li><li>2- Con mucha antelación se organiza todo para marchar a Villaviciosa el día que la reina fallezca y evitando que el rey asista al funeral.</li><li>3- Se le recomienda al rey salir a pasear todas las tardes.</li><li>4- Cuando la reina fallece de madrugada, no se despierta al rey para informarle. De hecho, le van dando la noticia de manera progresiva para que vaya haciéndose una idea.</li></ol>

**Figura 43.** Conclusiones de la primera etapa de la enfermedad del rey.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

### 4.2 Segunda etapa- Inicio de síntomas hasta encamamiento (27 de agosto 1758- finales de noviembre 1758).

La segunda etapa de la enfermedad de Fernando VI se inicia tras la muerte de la reina Bárbara y finaliza cuando la situación del rey es la de estar prácticamente encamado. Cronológicamente corresponde entre el 27 de agosto de 1758 hasta finales de noviembre de 1758. Esta etapa se inicia en Aranjuez, pero Fernando VI se va a desplazar el primer día al castillo de Villaviciosa de Odón y será allí donde transcurra todo desde entonces.

Probablemente se trate de la fase más importante a la hora de analizar la enfermedad de Fernando VI. En ella la salud del rey partirá de una situación aceptable, pero irá empeorando progresivamente de una manera florida.

Como se describe previamente, la reina Bárbara de Braganza fallece en el palacio de Aranjuez el día 27 de agosto de 1758 a las cuatro de la madrugada. No se despierta al rey para comunicarle la noticia y luego, una vez que despierta, le dan la noticia de manera progresiva para que se vaya haciendo a la idea. Esa maniobra se desarrolla primero dándole a entender que la reina está muy mal, para más tarde comunicarle su fallecimiento.

Una vez que Fernando VI conoce la noticia de la muerte de la reina, ordena que se abra su testamento y se organicen los preparativos del funeral y el traslado del féretro a Madrid.

El testamento de la reina daba órdenes claras de cómo quería que se tratase su cuerpo tras su muerte, pero estos deseos se ignoran por recomendación médica que querían una sepultura rápida. El féretro de la reina es expuesto por la mañana en el palacio de Aranjuez y es trasladado por la tarde a Madrid para ser enterrado en el monasterio de las Salesas Reales.

El rey no va a asistir a ningún evento relacionado con el funeral y entierro de su esposa. Fernando VI parte esa misma tarde hacia el castillo de Villaviciosa de Odón a donde llega, "*poseído de su pena*", con el infante don Luis a las once y cuarto de la noche de ese mismo día.

Como se ha explicado previamente, la decisión de irse al castillo de Villaviciosa de Odón una vez que la reina fallezca se tomó a finales de julio. Inicialmente se pensaba ir a Madrid al palacio nuevo, pero al duque de Alba se le ocurre la idea de que mejor trasladarse a Villaviciosa y así convencen al rey.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

El castillo de Villaviciosa de Odón pertenecía al hermanastro del rey, Felipe de Borbón y Farnesio, duque de Parma (Figura 44). En principio, el castillo no estaba preparado para albergar de manera prolongada a la comitiva real. No obstante, la estancia se preveía corta y tenía una serie de ventajas apropiadas: estaba a solo una jornada de Madrid, había buena caza y no había nada en el castillo que al rey le hiciera recordar a la reina ya que los reyes nunca habían estado antes (Figura 45).

Desde el punto de vista personal, el rey era un hombre que estaba socialmente aislado y sin nadie emocionalmente cercano a él. El infante don Luis intentó llenar ese vacío, al menos hasta bien entrado diciembre. Gracias a ello el infante se convirtió en el principal familiar y persona cercana al monarca, y lo acompañó durante su estancia en Villaviciosa, algo que el monarca agradecía. El propio infante al principio era muy reacio a ir a Villaviciosa, pero a los pocos días reconoce que el castillo no estaba tan mal, que se encontraban a gusto y que tanto él como el rey tenían buenos aposentos.

Durante los últimos días de agosto y primeros días de septiembre, el rey es descrito como un hombre que está “*contento*”, “*alegre*” y que tiene “*buen humor*”. El rey despacha asuntos de gobierno y la correspondencia con Ricardo Wall, sin que se mencione nada anómalo en esas reuniones. El rey recibe visitas de Madrid, como la de Farinelli y otras gentes, que son alojados en el castillo por orden real. Además, Fernando VI sale a cazar, cena y juega a los naipes con el infante don Luis, tal como este describe múltiples veces esos días:

*“el rey esta de buen umor y la puedo asegurar a vuestra merced que esta mui contento de estar aqui”* (Carta del infante don Luis a su madre del 1 de septiembre de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2593)

*“Hemos ido el rey y yo juntos a caza, y hemos muerto quinze perdices y dos lievres y un engaña pastor. El rey ha estado bastante contento”* (Carta del infante don Luis a su madre del 30 de agosto de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)”





**Figura 44:** Felipe de Borbón y Farnesio, infante de España, duque de Parma. Óleo sobre lienzo de Van Loo, actualmente en el Museo Nacional del Prado. El castillo de Villaviciosa de Odón pertenecía al hermanastro del rey dentro de su condado de Chinchón.



**Figura 45:** Vista de Villaviciosa de Odón.  
Cuadro de Francesco Battaglioli de 1760. Imagen obtenida gracias a Fundación Casa Ducal de Medinaceli.  
La pintura, de gran belleza, refleja la situación del castillo de Villaviciosa de Odón un año después de la muerte de Fernando VI. El entorno era tranquilo y propenso a la caza.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Los primeros días de estancia en Villaviciosa la situación del rey aparenta muy favorable. Esa circunstancia lleva al infante don Luis a pensar en convencer al monarca de que deje a Isabel de Farnesio venir a Villaviciosa. El objetivo de esa visita sería que Isabel pudiera darle al rey el pésame en persona. Incluso el infante llega a pensar que sea el propio Fernando VI el que se desplace a la Granja de San Ildefonso. De la misma manera, se empieza a tener la idea de un nuevo casamiento del rey como una opción a considerar en un futuro próximo.

El médico Andrés Piquer, que no se encontraba en Villaviciosa en ese momento, marcó en su manuscrito la fecha del 7 de septiembre, apenas dos semanas tras la muerte de la reina, como el día en que la enfermedad de Fernando VI empezó a mostrar sus síntomas. Una lectura a los documentos analizados sí parece confirmar ese 7 de septiembre como un día importante. En ese día los testigos mencionan por primera vez un comportamiento llamativo o no esperado en el rey. No obstante, los síntomas del rey no empezaron de manera aguda un día en concreto de manera brusca. Ni su situación previa era la de una persona sin ningún tipo de alteración conductual.

La sensación que transmite la documentación es que el rey ya venía mostrando ciertas alteraciones del comportamiento a modo de un ánimo triste. Sin embargo, probablemente todas las alteraciones de la conducta previa habían sido en cierta manera esperables para los testigos. Hay que recordar que el rey acaba de perder a su esposa y principal compañera, y que el monarca ya era previamente una persona con un ánimo triste. Al igual que durante la enfermedad de la reina, el rey seguía mostrando algunos síntomas de tristeza que parecen lógicos en ese determinado contexto.

Un ejemplo de ello sería la última carta escrita por el rey (Figura 46) en la cual agradecía a Isabel de Farnesio el pésame. En esa carta Fernando se muestra muy cordial y con el tono educado correspondiente. El mensaje del rey es de tristeza, remarca lo mal que lo ha pasado por la enfermedad de la reina, lo triste que se siente y dando gracias a dios por estar con buena salud.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

*“Estimo muchisimo a vuestra merced quanto me dice en su carta, y quanto me acompaña en el vivo dolor que tiene penetrado mi corazon, con la muerte de la reyna mi amadisima y queridissima esposa. Espero de la misericordia de Dios, que la havra premiado sus grandes virtudes llevandosela a la gloria, pues es muy cierto que ha llevado su ultima larga y penosa enfermedad, con una constancia y resignacion ha edificado a todos.*

*Mi salud no tiene novedad, y esto lo considero como un milagro de Dios, pues la criatura no puede aguantar sin menoscavo en ella tanto tiempo de un padecer tan horrible, con un fin tan funesto y lastimoso.*

*Agradezco infinito a vuestra merced quanto me ha dicho mi hermano de su parte, y con su orden, el me ha acompañado y acompaña en mi grandisima afliccion con el mayor amor y cariño, como buen hermano que és.*

*Yo me hallo grandemente alojado y acomodado, en esta casa de mi hermano Phelipe y haze muy fresco el tiempo aqui, y no queriendo cansar a vuestra merced, ni estando mi caveza ni mis ojos para continuar, acavo asegurandola quanto deseo complacerla.*

*Dios guarde a vuestra merced como deseo”* (Carta de Fernando VI a Isabel de Farnesio del 30 de agosto de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2507)

Es muy interesante lo que opinan otros testigos de la tristeza del rey al escribir esa carta, como Ricardo Wall, donde confirma la mala situación en el estado del ánimo del rey.

*“Puedo asegurar á vuestra señoría, que las expresiones con que há manifestado el quebranto que la ocasiono el mencionado funesto suceso hán sido tan oportunas, que hubiera juzgado por ellas lo summo á que há llegado, si no tubiese mas cierta regla en las experiencias de lo que amaba á la difunta.”* (Carta de Ricardo Wall al marqués de Gamoneda del 30 de agosto de 1758, Archivo Histórico Nacional. Estado, 2625)

Los días previos al 7 de septiembre también se mencionan síntomas raros en el rey que se recoge de manera escueta y nada específica. Como muestra de ello, el 1 de septiembre se menciona que el rey tiene una *“desazonilla de poca importancia”* y el 3 de septiembre se menciona que el rey tiene algo de *“mania”*. Entendiendo manía en el contexto histórico adecuado, que se recalcará más adelante, y cuyo significado no es sinónimo del concepto de manía de la psiquiatría actual. Sino más bien de afectación inespecífica de la situación mental.

Por la poca notoriedad que se le da, se interpreta que Fernando VI ya estaba sufriendo algún síntoma de cierta importancia, pero no era algo sorprendente o muy llamativo para los testigos.

Más interesante es que el 4 de septiembre se especifica que hay obras para adaptar las cocinas del castillo. El motivo no era otro que ya se preveía una estancia más larga de la inicialmente prevista. Algo que resulta llamativo si tenemos en cuenta la teóricamente buena salud que estaba mostrando Fernando VI y que haría suponer una estancia corta como se esperaba.

de un padecer tan horrible con un fin tan fúne-  
 y lastimoso. Agradezco infinito a V. M. quando  
 me ha dicho mi Hermano de su parte, y con su  
 orden, el me ha acompañado y acompaña en  
 mi grandissima afliccion, con el mayor amor  
 y cariño, como buen Hermano que es; yo me  
 hallo grandemente alojado y acomodado, en esta  
 casa de mi Hermano Felipe, y haze muy  
 fresco el tiempo aqui, y no quemando con calor  
 a V. M. ni estando mi cabeza ni mis ojos  
 para continuar, acavo asegurandola, quanto  
 deseo complacerla. Dios g. a V. M. como deseo.  
 Villaviciosa y Agosto 30. de 1758.  
 Fernando. ~~se~~.

**Figura 46:** Última carta de Fernando VI.  
 Imagen de la última carta escrita por Fernando VI el 30 de agosto de 1758. Fernando VI agradece a Isabel de Farnesio el pésame por el fallecimiento de la reina.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

El 5 de septiembre se vuelve a mencionar algo anómalo en el rey:

*“El rey ha estado todo el día muy de mal humor, no se lo que tiene, no quiere quasi hablar. Estos ientes y vinientes de Madrid veo que son los que le ponen asi. Alba va mañana a Madrid también. El contesta que son ellos que le han puesto de mal humor. Yo estoí deseando con la maior ansia bolver a los pies de vuestra merced, que es lo que mas deseo en este mundo, y cada día que veo que se alarga se me aze un siglo. La aseguro a vuestra merced que yo no tengo de que quejarme de el, pues me trata con gran cariño aunque este de mal umor; y estamos verdaderamente como hermanos sin cumplidos en la mesa, ni en el campo. Pero mas quiero un regaño de vuestra merced que todos sus cariños”* (Carta del infante don Luis a su madre del 5 de septiembre de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

Por lo tanto, el 5 de septiembre Fernando VI parece estar enfadado o de mal humor, aunque ese enfado no lo muestra con el infante. De hecho, según parece, la relación de ese día entre ellos dos sigue siendo buena y el rey trata a su hermanastro con cariño. La causa del enfado no está del todo clara, aunque parece que la causa puede estar en otras visitas que está recibiendo el rey de Madrid.

Al día siguiente, el 6 de septiembre, el rey y en infante salen a cazar juntos y este da a entender que el monarca debió de estar especialmente tratable ese día.

Finalmente, el 7 de septiembre, el día que empezó la enfermedad para el doctor Andrés Piquer, el rey muestra síntomas de más relieve y que conllevan un cambio de actitud en la funcionalidad del monarca:

*“El rey ha estado un poco desazonado oi de ipocondria y se ha quedado en la cama, pero esta noche se ha levantado”* (Carta del infante don Luis a su madre del 7 de septiembre de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

*“el rey ha pasado mala noche y no se ha vestido. Oi ha comido en la cama. No se si podremos lograr que se vista esta tarde por estar poseido de melancolia. Todo es querer llorar y decir que se muere y no ai forma de acerle vestir. El confesor es un inútil Para todo nos ha costado mucho trabajo para azerle comer, pero en fin se logro. Ha tomado un poco de sopa y dos pechugas de perdigon. Yo no me aparte de alli asta que comio.”* (Carta del infante don Luis a su madre del 7 de septiembre de 1758. AHN. Estado, 2743)

El mismo día 7 de septiembre el rey no recibe a los embajadores. Es más, desde entonces se menciona que los embajadores siguen esperando ser recibidos sin que el rey nunca más lo haga. Esa desatención es el primer acto en Fernando VI de una pérdida de sus obligaciones como soberano, que desde entonces será progresiva. Por el contrario, el rey todavía seguirá despachando con el ministro Ricardo Wall hasta finales de octubre.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Sin duda, uno de los principales cambios que se registran de manera específica o detallada desde el día 7 de septiembre tiene que ver con la ideación del rey, el cual será sobre su creencia en que va a morir próximamente. Como se ha explicado previamente, se considera bastante posible que Fernando VI ya viniera arrastrando ese discurso desde hace tiempo atrás, pero no se describe de una manera específica. No obstante, su trascendencia podría haberse camuflado con otros síntomas relacionados con su tristeza.

Fernando VI está convencido de que se va a morir y considera como algo “*malo*” cualquier tipo de síntoma que note. En relación a ello, su discurso está monopolizado por esa idea y no se le puede convencer de lo contrario. Por todo ello Fernando VI se muestra triste, lloroso y ansioso. Este pensamiento y su consecuente discurso y actitud va ser un síntoma predominante en el rey; además, no va a variar sustancialmente en función del resto de síntomas. Esta realidad será así al menos durante los siguientes meses ya que a medida que la enfermedad avance sí es cierto que dichas ideas irán perdiendo notoriedad. Es por ese motivo que los testigos dicen que el rey tiene “*murria*”, está “*poseido de melancolia*” o “*desazonado de ipocondria*” la cual es una “*ipocondria exaltada*”.

Fernando VI empieza también a mostrar otros síntomas desde esos días de una manera más evidente. Por ejemplo, el monarca no quiere comer ni vestirse, ni tampoco salir de su cuarto, por lo que se pasa gran parte del día en la cama. El rey abandona la higiene y no quiere que le aseen ni le corten el pelo ni la barba. Tampoco hace caso a las recomendaciones de los médicos ni otras personas cercanas.

El doctor Andrés Piquer, que no se encontraba en Villaviciosa todavía en ese momento, describe de manera muy precisa la situación de esas semanas de septiembre en su manuscrito:

*“se empezó la dolencia á manifestar con temores muy vivos en que temía morir, ó ahogarse ó que le daría un accidente. Junto con esto hacia algunas cosas que parecían extravagancias, atribuidas á genialidad, aunque en mi concepto la enfermedad las ocasionaba porque empezó de allí a algunos días á dejar el despacho de los negocios, dejó de salir á la caza, no se dejó cortar el pelo ni la barba, y á este modo otras cosillas que indicaban ya claramente su dolencia.”*

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

El 14 de septiembre se empieza a mencionar por primera vez que el rey tiene “*furia*”, la cual irá a más con el paso de las semanas. La agresividad se convertirá en síntoma muy problemático en un futuro cercano, pero en esta época inicial todavía no resulta algo muy serio. Aun así, el infante don Luis empieza ya a plantearse no ver al rey cuando está furioso.

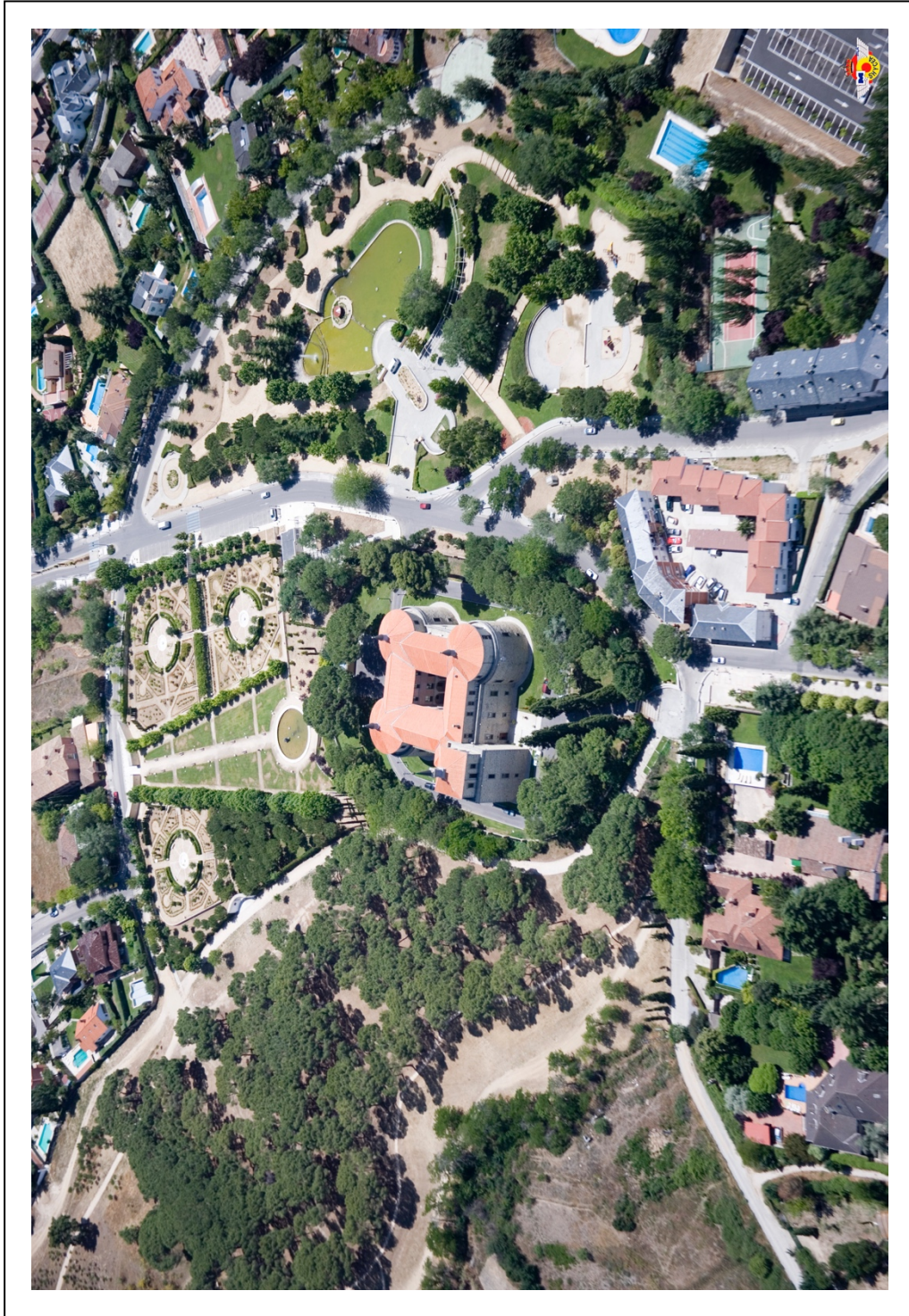
La sensación que se obtiene de los documentos analizados es que el rey tendría mal humor y en todo caso agresividad verbal y agitación psicomotora. También parece que la agitación era predominante de noche, ya que se empieza a describir alguna noche en el que Fernando VI no duerme por estar inquieto y agitado.

Pese a todos los síntomas descritos, durante esas semanas de septiembre el rey está “*muy en su juicio*” y se puede mantener con él una “*conversación muy razonable*” durante horas, salvo en las furias en las cuales el monarca está “*fuera de sí*”. De la misma manera, el rey conserva sus actividades de ocio, aunque es cierto que las va perdiendo por completo a lo largo del mes de septiembre. Por ejemplo, el día 11 de septiembre el rey y el infante intentan salir a cazar por última vez, pero el mal tiempo se lo impide. Eso significa que el 9 de septiembre sería la última vez que Fernando VI sale a cazar, y por consiguiente la última vez que sale fuera del castillo. Desde esa fecha Fernando VI va a estar encerrado dentro del castillo de Villaviciosa de Odón hasta su muerte (Figura 47).

El 27 de septiembre a la noche el rey y el infante juegan a los naipes una última vez (Figura 48). Esa última partida fue probablemente el último acto de ocio que se registra en Fernando VI, si no contamos como evento lúdico dar cuerda a los relojes. En esa última partida, el infante menciona que el rey no hizo “*disparate alguno*”.

Probablemente lo más significativo con respecto al abandono de las actividades de ocio fue la no celebración del cumpleaños de Fernando VI el 23 de septiembre, fecha que el monarca celebraba 45 años de edad. El propio Fernando VI había ordenado días antes a Ricardo Wall que no se celebrase ninguna gala. Pese a ello, ese día acudieron a Villaviciosa a visitar al rey muchas personas para felicitarlo, pero el monarca “*no se ha dejado ver de nadie*”.





**Figura 47.** Foto aérea del castillo de Villaviciosa de Odón. Fernando VI saldrá por última vez del castillo el 9 de septiembre de 1758. En la actualidad el castillo pertenece al archivo histórico del ejército del aire. Fotografía obtenida gracias a: España. Ministerio de defensa. Archivo histórico del ejército del aire. <http://www.portalcultura.mde.es/cultural/archivos/>

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI



**Figura 48:** Jugadores de Naipes.

Óleo sobre lienzo de Goya. Actualmente en el Museo Nacional del Prado.

Los juegos de cartas o naipes era una afición común en el pueblo llano, pero también en la aristocracia europea del siglo XVIII. Fernando VI jugaba a los naipes con el infante don Luis durante septiembre de 1758. Su última partida registrada fue el 27 de septiembre.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

La situación del rey hace que los médicos le empiecen a tratar con leche de burra, y se le empieza a aplicar al sangrías y purgas. La primera sangría fue el día 18 de septiembre en el pie derecho y la primera purga efectiva el día 20 de septiembre.

Desde entonces en adelante los médicos intentaran tratar al rey con diferentes compuestos, sangrías y lavativas. Pero en general el monarca no cumplirá las recomendaciones terapéuticas de los galenos y además opondrá resistencia a que le traten.

Con la llegada de octubre, Fernando VI mantiene la misma actitud que ya estaba mostrando semanas previas, incluido los “*furores*” que le lleva a enfrentarse verbalmente a su confesor ya que “*no se le puede ablar de nada porque esta de un humor de perros*”.

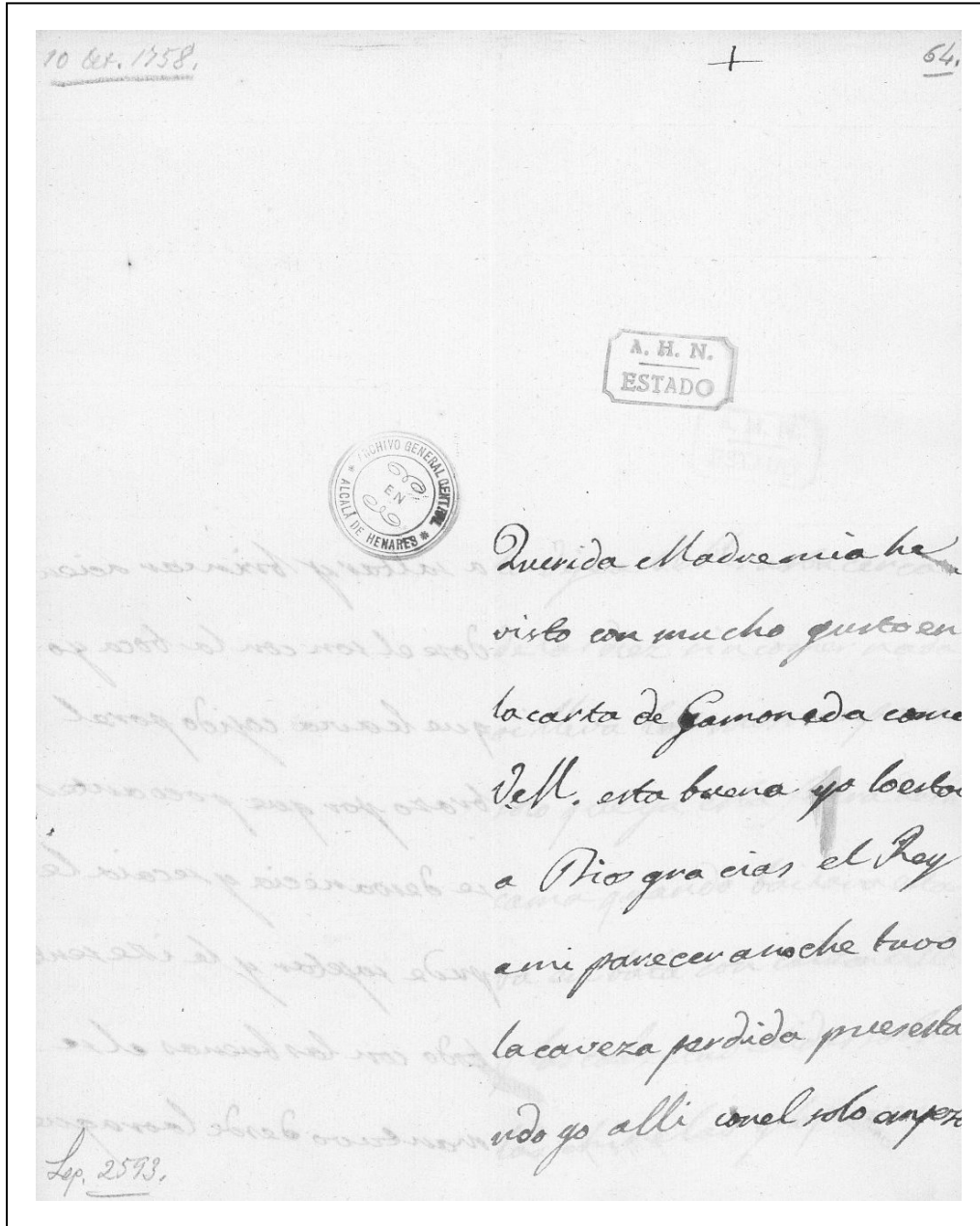
Del 3 al 5 de octubre parece que Fernando VI tiene una cierta mejoría en su conducta, no tiene furores e incluso despacha con el confesor como es habitual. Sin embargo, se trata de una mejoría muy breve de apenas 3 días para volver otra vez a la situación previa.

Es por esta época cuando ya se empieza a mencionar con más relieve otro de los síntomas importantes como fue la falta de sueño. En general, pese a pasarse gran parte del día en la cama el rey apenas duerme, o lo hace en horas poco habituales y generalmente se pasa las noches “*inquieto*” o “*furioso*”. El problema del sueño será una constante desde entonces en adelante tal como se refleja de manera continua en a correspondencia analizada.

Con la alimentación pasará algo parecido. Desde septiembre Fernando VI ya venía mostrando un comportamiento alimentario muy errático que se fue potenciando con el paso de las semanas. El monarca comerá cada vez menos y lo hará a horas poco habituales, además generalmente con una dieta poco variada a base sobre todo de caldo de carne.

La escasa alimentación ira enflaqueciendo al monarca de manera progresiva y le llevará en un futuro a una situación de caquexia. Por ahora, en esta época de septiembre-octubre ya se menciona lo muy delgado que está y que ya se le pueden contar las costillas.

La actitud motora del monarca era más bien pobre con tendencia a estar en la cama, aunque con episodios de “*intranquilidad*” de predominio nocturno y de agresividad que era más verbal que física. Dicha actitud empieza a cambiar de manera radical a mediados de octubre con la aparición de comportamientos muy abigarrados y claramente inapropiados, como describe perfectamente infante don Luis (Figura 49):



**Figura 49.** Imagen de la carta del infante don Luis a su madre del 10 de octubre de 1758.

Las cartas del infante don Luis son de una gran importancia a la hora de estudiar la evolución clínica de Fernando VI. Al menos durante los primeros meses, ya que el infante se marchará en abril de 1759.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

*“el rey a mi parecer anoche tuvo la caveza perdida, pues estando yo alli con el solo, empezo a saltar y a brincar aciendose el son con la boca. Yo que le avia cogido por el brazo, por que poco antes se desvanecia y se caia, le pude sujetar y le ize sentar todo con las buenas. El se mantuvo desde la ora que le dije a vuestra merced asta cerca de las diez sin comer nada. Oi lleva los mismos pasos solo que ya esta fuera de la cama. Quando bailava estava en bata con calzoncillos y las calzetas caidas sobre las chinelas, y lo peor es que apenas acavo de azerlo no se acordava de ello. Despues se paso a correr arriba y abajo por el quarto pero todo esto se paso aprisa. Por la mañana me han dicho los gentiles hombres que salio asta afuera descalzo y camisa, detras del medico que salía a descansar. Esto esta perdido, yo ya he dicho que no quiero estar solo con el porque como le tomo por bailar le puede tomar por andar a puñadas o a palos y no sera gracia, conque ya estan todos avisados por lo que puede suceder”* (Carta del infante don Luis a su madre del 10 de octubre de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2593)

Fernando VI continuará a partir de entonces haciendo comportamientos que resultan muy anómalos, generalmente inapropiados o abigarrados, a veces repetitivos, y que el doctor Andrés Piquer describe como “*extravagancias*”. Esos comportamientos tan anómalos los mantendrá el rey hasta ya bien entrada la primavera del año 1759. Incluso cuando el monarca esté ya encamado, continuará haciendo comportamientos muy anómalos tal como se describirá más adelante.

En esos días centrales de octubre, Fernando VI se encierra en su cuarto o en el retrete con cerrojo y nadie sabe a ciencia cierta que estará haciendo. Otros días el monarca vuelve a dejarse ver y estar más tratable, para luego volver a la misma situación de encierro al día siguiente. Todos estos comportamientos aberrantes que empiezan a darse a mediados de octubre coinciden con un aumento de la agresividad que ya sí será a modo de violencia física, con puñetazos que el monarca da con todo el mundo “*a la menor palabra que se le diga sea bien o mal*”. Especialmente violento estuvo el 20 de octubre cuando agrede al doctor Borbón tal como el infante don Luis describe:

*“el rey ha estado esta mañana furioso, ha emprendido a puñadas a Borbon, de suerte que de una le izo saltar la peluca al suelo, y le rompio las bueltas de la camisa”* (Carta del infante don Luis a su madre del 20 de octubre de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

La violencia física, generalmente a modo de puñetazos y mordiscos a los asistentes y médicos, será una constante desde entonces en adelante. Es por ello que la violencia acabará siendo un gran problema a la hora de asistir al rey, ya que al fin y al cabo se trataba de un rey absolutista al cual no se le debía reducir. Esto supuso un gran problema moral para los asistentes del rey y

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

acabará repercutiendo en sus propios cuidados, con una situación higiénica cada vez más grave. En esta época la imagen del monarca era ya lamentable. Fernando VI tenía barbas largas y una melena despeinada, su olor corporal debía ser horrible y su delgadez era ya muy llamativa. En los documentos se le describe literalmente como “*un oso*”.

Los últimos días de octubre la agresividad y comportamientos aberrantes en Fernando VI siguen mostrándose de manera algo fluctuante. Por un lado, hay días mejores donde el monarca está tranquilo, se confiesa, oye misa y despacha con Ricardo Wall. Por el otro lado hay días peores donde el monarca está inquieto, muy agresivo y hace comportamientos muy aberrantes donde destaca un episodio donde se hace pasar por muerto, para luego vestirse de fantasma con las sábanas y pegar, así vestido, al personal que le asiste.

En unos días en los que el rey estaba más abordable, el infante don Luis aprovecha para pedirle licencia para poder ir a ver a su madre por su cumpleaños. Fernando VI le concede licencia de marcharse a verla del 24 al 26 de octubre, algo que sorprende a todos y que el infante agradece infinito.

El mes de octubre será el último en el cual Fernando VI cumple con alguna obligación como rey. Si bien no recibe a los embajadores desde principios de septiembre, durante todo el mes de octubre el ministro Ricardo Wall va confirmando diferentes despachos con el monarca. Desde entonces no se recoge nunca más que Fernando VI se reúna o despache más asuntos de gobierno. En una carta muy posterior (Figura 50), el ministro Ricardo Wall comenta de que trató su último despacho con el rey. En ese último despacho se describe a Fernando VI “*de pie y en conversacion*”, y se data a finales de octubre<sup>7</sup>, concretamente algunas fuentes secundarias la fechan el día 31.

El 1 de noviembre probablemente sea una de las fechas claves en el desarrollo de la enfermedad de Fernando VI. Desde entonces, como se ha explicado, el rey ya no ejerce nunca más sus funciones de gobernante. Además, en ese día de todos los santos de 1758 el monarca no oye misa por primera vez y nunca más lo hará, si bien sí que se menciona en semanas posteriores

---

<sup>7</sup> Ricardo Wall data ese último despacho en octubre, sin concretar el día. En otras cartas se va mencionando diferentes despachos durante ese mes, por lo que se presupone que ese último despacho seguramente fue a finales de ese mes. Algunas fuentes secundarias lo concretan en el día 31 de octubre, pero no queda claro de donde han sacado esa información tan precisa.

LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

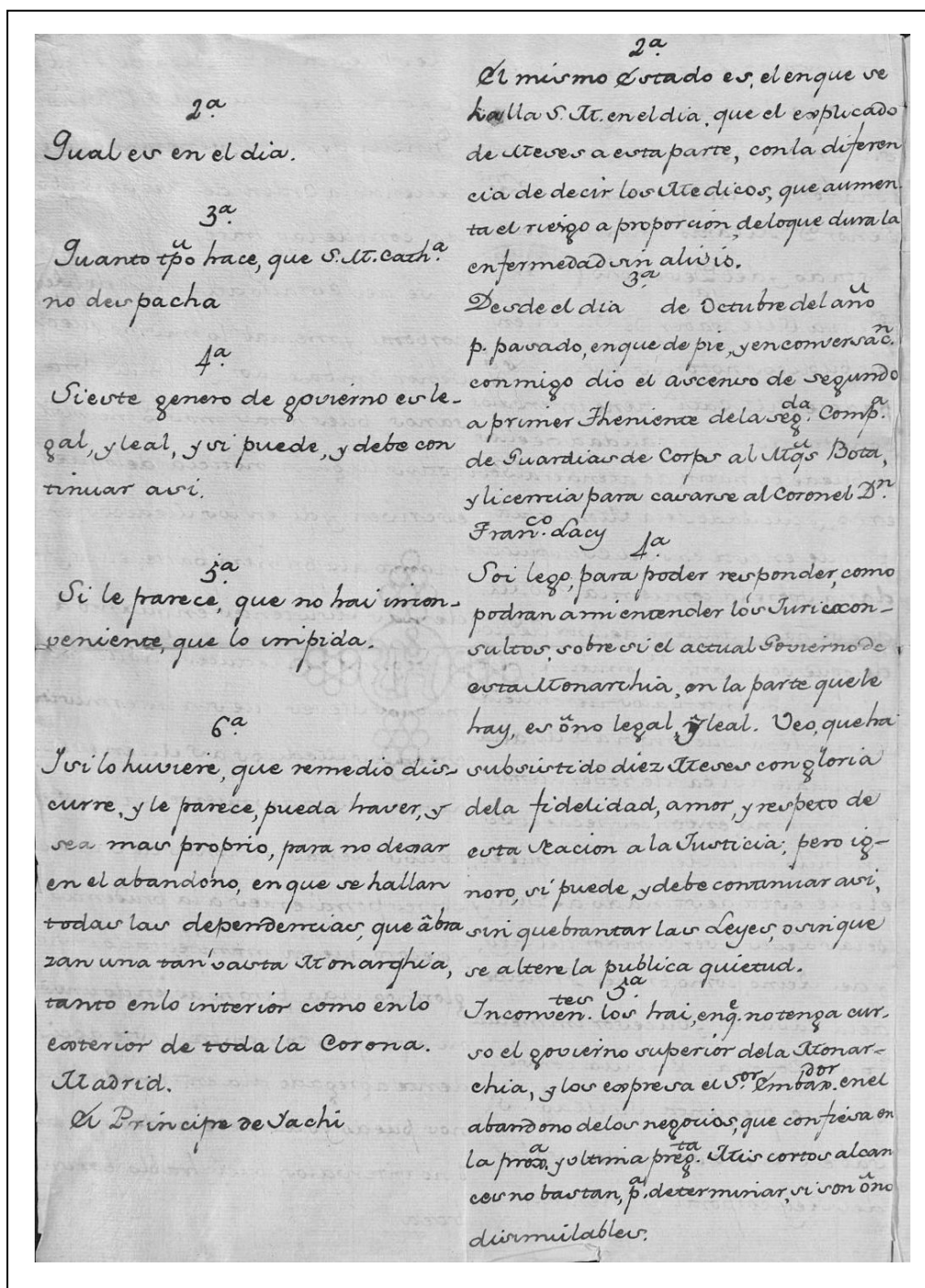


Figura 50. Imagen de la carta de Ricardo Wall al príncipe de Yachi de agosto de 1759.

El ministro responde una serie de preguntas que se le plantea. En respuesta a la tercera pregunta sobre desde que día el rey no despacha, el ministro describe el último despacho con Fernando VI, seguramente el 31 de octubre de 1758. La actitud de Fernando VI es descrita como "en pie y en conversación"

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

que alguna vez más se siguió confesando. No oír misa un día tan marcado en el calendario litúrgico es un hecho de gran gravedad. En la correspondencia analizada los testigos lo consideran un dato que señala la mala situación mental de Fernando VI.

El consejo real ya no tiene dudas de la “*demencia del rey*” desde ese día y su gobernador considerará esta fecha como una fecha clave en los problemas en la gobernabilidad del reino. Lo cual lleva a otra discusión ajena a los objetivos de esta tesis, sobre el vacío de poder y los diferentes intereses personales y políticos en juego. En ese mantenimiento del aparato gubernativo va a jugar un papel crucial Ricardo Wall (Figura 51), el cual a partir de entonces solo verá puntualmente al rey. Como ejemplo de ello es que no vuelve a ver al monarca hasta el día 21 de noviembre.

Para acabar la descripción del mes de octubre, resulta interesante que durante este periodo existía una idea de un segundo casamiento en el rey. Es un tema que se comenta en la correspondencia, seguramente en octubre el rey lee “*sin desagrado*” una carta del consejo real que habla sobre su segundo casamiento. Sin embargo, la evolución clínica del monarca hace que esa idea finalmente se abandone para siempre. De la misma manera, es curioso el hecho de que el castillo de Villaviciosa no estaba preparado para una estancia prolongada, por ese motivo al ver que la estancia se iba a prolongar mucho más de lo esperado, se necesitó un continuo transporte de múltiples objetos con objetivo de prepararlo para una estancia larga: muebles, ropa, cuadros, materiales de cocina etc. De la misma manera, se necesitó contratar carpinteros, cerrajeros, vidrieros y tapiceros para adaptar al palacio a las nuevas necesidades (Calleja Leal, 2009a).

Con la llegada del mes de noviembre Fernando VI sigue con su discurso monótono y repetido sobre su futura muerte. El monarca además sigue estando inquieto, agitado y con “*un humor de perros*,” pero se comenta con alivio que por lo menos no da golpes. Para desgracia de todos los asistentes, a finales de noviembre la agresividad física se volverá otra vez a agravar.





**Figura 51.** Ricardo Wall y Devereux.  
Cuadro de autor anónimo. Actualmente en el Museo Naval.  
El ministro Ricardo Wall será un personaje clave en mantener el aparato gubernativo del reino durante la enfermedad del monarca. Imagen obtenida gracias al Museo Naval. Madrid. (MNM 00817)

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

La conducta alimentaria del monarca seguirá siendo de pocas ingestas y con horarios inapropiados. Si ya de antemano el hábito del sueño del rey era igual de anómalo, en estos primeros días de noviembre se complica al empezar a dormir el monarca sobre una especie de camilla que el mismo crea con dos sillas, un taburete y tapándose con una manta.

El 2 de noviembre por la noche Fernando VI da la orden de que su confesor no vuelva a verle nunca más. Dicha decisión resulta totalmente desconcertante para todos, que lo consideran un ejemplo de la mala situación mental del rey. El confesor real era Manuel Quintano Bonifaz y era una figura de gran importancia en la corte, además de inquisidor general. El confesor se muestra muy resentido al enterarse de que su presencia en Villaviciosa no es de agrado para el rey. Sin embargo, la estancia del confesor en Villaviciosa se prolongará al quedar este pendiente de pedirle permiso al monarca para marcharse a Madrid. Es más, desde mayo de 1759 se volverá a mencionar la presencia del confesor en Villaviciosa y estará presente cuando el monarca fallezca. Por estos meses en adelante, Fernando VI pedirá en ocasiones la presencia del cura de palacio, Joseph de Rada.

El 4 de noviembre parece otra fecha importante ya que es la última vez se menciona de manera implícita que Fernando VI sale de su cuarto. En esta ocasión el rey va al cuarto del infante mientras limpiaban el suyo. Es posible que desde entonces haya podido salir puntualmente alguna vez fuera de la habitación, pero no se puede saber con seguridad. Sin embargo, como se verá más adelante, hay que mencionar que a finales de junio de 1759 se cambia al rey de cuarto por la mala situación higiénica del suyo. Por lo tanto, el monarca no morirá en el cuarto donde quedó encerrado gran parte de su enfermedad.

El 7 de noviembre, Fernando VI da otra orden totalmente inesperada y que vuelve a sorprender y conmocionar a todos. Esta vez ordena a Farinelli que despida a todos los miembros de la ópera porque ya no quiere óperas y que *“se pueden ir a donde quieran”*. Esa decisión creó en Madrid *“mucho ruido”* y hubo *“muchos llantos”*.

Durante todo el mes de noviembre, Fernando VI sigue mostrando otros comportamientos muy anómalos. Por ejemplo, como ya se ha mencionado, el rey solo quiere acostarse sobre una camilla que crea con taburetes y sillas. Otro ejemplo es que el monarca se sigue pasando muchos días en su cuarto encerrado. En ocasiones llama a alguien para que venga a verle, como a los

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

médicos, asistentes, o posteriormente al cura de palacio, para luego no dejarles pasar y dejarlos esperando en la puerta durante horas.

Uno de los comportamientos extraños que se dio sobre todo durante la primera quincena del mes fue la necesidad en el monarca de estar de pie y no parar de caminar de manera repetida. Tanto los médicos como otros asistentes no paraban de intentar que se sentara a descansar, pero no había manera. Dicha actitud le empieza a pasar factura pronto. El 8 de noviembre se describe que el rey tiene las piernas hinchadas, doloridas y con llagas. Los médicos le tratan con paños y le siguen recomendando descanso, pero el rey sigue ignorando esa recomendación. Resulta interesante que pese a ignorar las recomendaciones médicas y continuar caminando por horas, el rey da muestras de preocupación por los problemas en las piernas ya que lo considera como muestra de que le pasa algo “*malo*”. Parece que la situación de las piernas mejora ya claramente a mediados del mes. No obstante Fernando VI continúa paseando sin parar, hasta 12 horas al día según Andrés Piquer, para solo descansar puntualmente sobre la camilla con taburetes o alguna silla.

En relación a lo que se puede considerar su situación cognitiva, en los meses previos se seguía diciendo que el rey hablaba “*en razon*” o “*en su juicio*”, al menos en las ocasiones que no estaba intranquilo. Sin embargo, ese aspecto cambia a lo largo del mes de noviembre y sus conversaciones dejan de describirse como “*en razon*”. En ese sentido, a finales de noviembre la descripción es que Fernando VI tiene “*la cabeza perdida*” y está “*rematado*”. No obstante, todavía el día 15 de noviembre el infante don Luis pide permiso al rey para ir a ver a su madre por su santo y este se la da del 18 al 20 de noviembre.

Un resumen de cómo la situación de Fernando VI fue empeorado, es la descripción del encuentro que tiene el ministro Ricardo Wall con el rey tras 3 semanas sin verle (Figura 52).

*“Otro día despues de mi ultima carta, estrechando al señor infante la necesidad de pedir al rey licencia para ir a celebrar en San Ydephonso el nombre de su augusta madre, y teniendo experiencia de sus días de no llamarle su majestad a su quarto, determinó entrarse en el, sorprendiendo una repugnancia que conocia proceder mas de un cierto empacho que de faltarse cariño.*

*En efecto, se entró con pretexto de presentarle las chozas que havia cazado aquella tarde, y aunque al principio se [...] su majestad diciendo no se hallaba en estado de que le viesen, despues se halló muy bien con la visita.*

*Sacó su alteza la licencia que deseaba, y como era preciso dar las ordenes para su viage, fui yo consecutivamente a tomar la de su majestad a quien (como dije a vuestra señoria) havia un mes*

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

*que no tenia la honra de ver. Me permitió que le representase quanto se ofreció a mi amor y celo para apartarle de las ilusiones conque destruye su preciosa salud; pero solo conseguí separarme de sus pies lleno de desconsuelo y bañado de lagrimas por la indiferencia con que me oyó las recomendaciones mas justas, sin dejar de ser humildes, sin sacarle de sus principios de que se muere sin remedio, muriendose solo porque ninguno quiere hacer, y porque por no morirse se vá matando a si propio, que es terrible desgracia.*

*El señor infante se fue el 18 y no halló posibilidad de despedirse. Continua su majestad durmiendo unicamente a fuerza de rendido, sobre una silla, y alimentandose mal y escasisimamente. Esta mañana a las nueve tomó un caldo, y ya se contaban sesenta horas que pasaba con otro. Media noche es, y no creo que haya admitido nuevo alimento.*

*Dos medicos que le asisten continuamente claman porque vengan otros, diciendo de palabra y por escrito, que la vida de su majestad. corre riesgo si no muda de methodo, y que no pueden aguantar su perenne asistencia por si solos, como es verdad, pero el rey a ninguno otro quiere.*

*El duque de Bejar asustado de la triste situacion en que vió ayer a su majestad, ha hecho venir hoy de Madrid a los demas medicos que asistieron a la reina, pero a ninguno há permitido que se le abra su puerta, y se han buuelto. Han tenido junta con los de aca y todos han convenido en que la enfermedad es incurable si su majestad no se sujeta a methodo y remedios, bien que hasta ahora no hubiese calentura ni sintoma peligroso, mas que la debilidad que le ocasionan algunas congojas. Su majestad há visto esta consulta, y no por eso ha despertado.*

*Havrá como tres semanas que prohibió a su confesor la entrada en su quarto. Hemos creído desde entonces, que se lo diese a otro seria el dia de la resurreccion, y en el presente nos hallamos con este desengaño. Mas antes del anoche mandó que le llevase al cura de palacio. Se halló luego en la primer antecamara inmediata a su quarto. Se lo digeron, no respondió, y se le dejó entrar junto con el capitan del guardia del Corps y demas oficiales que esperaban la orden hasta las seis de la mañana.*

*Anoche bolvió a pedirle, se presentó y le admitió benignamente. Estubo mas de tres quartos de hora con su majestad. Consentimos en cantar victoria pero, aunque hizo quanto puede esperarse [...] nada hemos conseguido segun los efectos.*

*No se puso en la cama, no há comido, no ha hecho hoy nada de lo que le conviene, y al contrario há tenido acciones descompasadas con sus criados. Esta tarde a buuelto a estar con el mismo cura, pero este me há repetido sus desconsuelos, porque conoce tiene demasiadas raices la preocupacion.” (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 21 de noviembre de 1758. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)*

El 23 de noviembre se describe que el rey tiene fiebre por primera vez. Al principio será un problema fluctuante y tendrá más constancia al final. Sin embargo, como se comentará más adelante en esta tesis, lo que se describía por fiebre no tiene que ser exactamente una situación de hipertermia, debido a las diferencias conceptuales con la medicina del siglo XVIII. Además, a lo largo de la enfermedad de Fernando VI existen muchas contradicciones entre los diferentes testigos y los propios médicos<sup>8</sup>. Por todo ello, la presencia o no de fiebre no se mencionará en el actual desarrollo de la enfermedad de Fernando VI salvo en ocasiones concretas.

Los últimos días de noviembre confirman que el rey está empeorando. No solo por la fiebre, sino porque Fernando VI sufre convulsiones, la primera el día 22. Las convulsiones en esta época están pobremente descritas, ya que se mencionan también como “temblores”, “congojas” y

---

<sup>8</sup> Las discrepancias entre los médicos sobre la presencia o no de fiebre de Fernando VI, será uno de los puntos clave de la desconfianza hacia ellos desde Nápoles y el Consejo de Castilla.

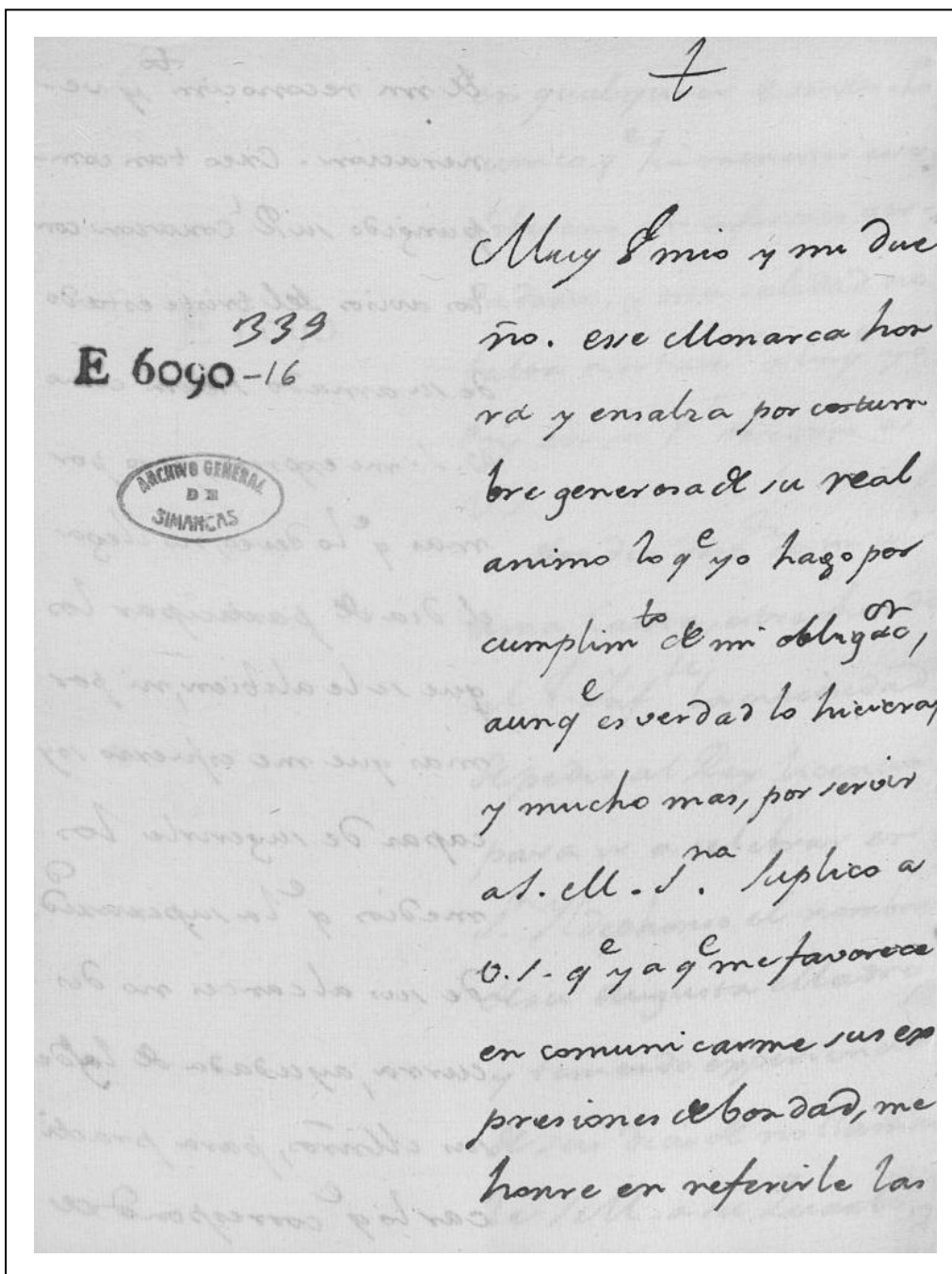
## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

“*vahidos*”. En la correspondencia analizada y en el manuscrito del doctor Andrés Piquer, sí que se describen convulsiones de semiología claramente más epiléptica más adelante, desde mediados de enero de 1759. Por ello, tal como se comentará más adelante en esta tesis, los episodios convulsivos que sufre Fernando VI en noviembre y diciembre no se puede considerar epilépticos con mucha certeza.

Con respecto a la agresividad, durante todo el mes de noviembre se sigue mencionando al monarca como alguien “*rabioso*”, “*inquieto*” y con “*un humor de perros*”, pese a que no se mencionan claros episodios de violencia física hasta finales de mes. Es entonces cuando Fernando VI vuelve a pegar e incluso morder a los asistentes y médicos. Desde entonces la agresividad física reaparece de nuevo con gran entidad, al menos hasta mediados de abril de 1759. La agresividad será un gran problema, hasta el punto que los médicos tienen miedo de estar a solas con el rey porque les pega y muerde.

El empeoramiento progresivo que estaba teniendo el rey obliga a realizar cambios con respecto al equipo médico encargado. Hasta entonces solo eran dos galenos los que se encontraban en Villaviciosa: Purcell y Borbón. Ambos se reúnen en una primera junta el día 11 de noviembre donde concluyen que si el rey sigue así pronto estaría en peligro. Como el rey sigue empeorando, el duque de Alba hace llamar a más médicos de cámara el día 21 de noviembre: Piquer, Arango y Amar, que se unirán al equipo de galenos ya presentes. En general solo serán 3 los médicos encargados de la asistencia a Fernando VI: Purcell, Amar y Piquer. Los cuales trabajarán a modo de guardias en la asistencia del monarca. Los otros dos: Arango y Borbón, apenas harán actividad asistencial al principio ya que el rey dice que no quiere verlos y así se hace, quedando ambos galenos allí con una labor asistencial menor y consultiva.

A principios de abril se hará llamar por el duque de Béjar a los doctores Suñol y Casal. Si bien su presencia solo será limitada a unos días. Ambos doctores eran ya ancianos, aunque por su experiencia se les tenía en alta consideración.



**Figura 52.** Carta del ministro Ricardo Wall a Tanucci del 21 de noviembre de 1758. El ministro hacía 3 semanas que no veía al rey, desde la última vez que despacharon a finales de octubre.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Los médicos harán juntas periódicas y mandarán diarios médicos a Nápoles y San Idelfonso. Su labor será altamente criticada por sus discordancias, su información confusa, la mala evolución del rey y su poco acierto a la hora de decir una fecha aproximada de fallecimiento.

Los últimos días de noviembre vienen a confirmar el final de esta etapa según la división realizada. En estos días se empieza a ver en el monarca una actitud cada vez más sedentaria que le lleva a pasarse gran parte del día, por no decir el día entero, sobre la camilla de taburetes que había creado. El día 28 de noviembre Fernando VI defeca sobre sí mismo sentado en el taburete, un hecho hasta ahora aislado pero que en poco se convertirá en una rutina, empeorando aún más la situación higiénica.

Para complicar más la imagen del rey, la escasa alimentación le lleva a una situación de extrema delgadez. El rey está tan delgado que se le cae el braguero que tenía para contener una hernia y es algo que parece que le sucede posteriormente de manera frecuente. Finalmente, los médicos deciden quitárselo porque no hacía nada más que molestar.

Al acabar noviembre los doctores tienen ante sí un paciente en una situación de prácticamente encamamiento, que está desnutrido, que no tiene un discurso coherente, que hace comportamientos muy inapropiados y está muy agresivo. El día 21 de noviembre los médicos concluyen en junta que la enfermedad es incurable si el rey sigue sin hacer caso a los remedios. El 28 de noviembre los galenos llegan a la misma conclusión, incluso ya dicen que, aunque el rey cumpla con el tratamiento difícilmente se restablecerá. Por todo ello, el dictamen de los médicos empieza a ser de un mal pronóstico. De todos ellos, parece que es Piquer el más optimista, algo que se repetirá de manera repetida, lo cual hace dudar al infante de la profesionalidad de dicho galeno. Como anécdota final, es por esta época cuando se ordena rogativas públicas para el restablecimiento en la salud del rey, rogativas cuya orden de realización el rey ha condescendido. De la misma manera se traen más reliquias al castillo de Villaviciosa para ver si la divina providencia puede obrar un milagro con la curación del rey.

Siguiendo la división realizada en la enfermedad de Fernando VI, la segunda etapa acaba a finales de noviembre al estar ya el monarca en una situación de encamamiento. Las características generales de esta etapa se resumen en las siguientes figuras (Figura 53 y Figura 54)

<b>RESUMEN SEGUNDA ETAPA ENFERMEDAD FERNANDO VI (VILLAVICIOSA DE ODÓN, 27 AGOSTO 1758 - NOVIEMBRE 1758)</b>
<b>CONTEXTO DE LA ETAPA</b>
<p>La reina Bárbara de Braganza fallece y Fernando VI se desplaza a Villaviciosa de Odón el mismo día, sin asistir al funeral.</p> <p>El infante don Luis se convierte en la persona más cercana a Fernando VI.</p> <p>El ministro Ricardo Wall se convierte en el principal sustentador del aparato gubernativo del reino ante la incapacidad del rey.</p> <p>Se hace llamar a más médicos en noviembre, que a finales de dicho mes ya consideran a Fernando VI un paciente incurable.</p>
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES EN LA SALUD DE FERNANDO VI</b>
<p>Los primeros días Fernando VI sale a cazar, juega con los naipes y cena en compañía.</p> <p>El rey desarrolla de manera progresiva una serie de sintomatología con apatía, discurso repetitivo sobre su muerte, falta de comida y sueño, agresividad verbal y física, comportamientos muy aberrantes e inapropiados.</p> <p>El rey empieza a desatender sus obligaciones y actividades de ocio, pero mantiene los despachos con su ministro Wall y sigue oyendo misa hasta finales de octubre.</p> <p>Físicamente Fernando VI desarrolla una severa delgadez con gran debilidad por desnutrición, todo ello unido a una higiene muy mala.</p> <p>A finales de noviembre Fernando VI entra en una situación de encamamiento o sedestación continua.</p>

**Figura 53.** Esquema 1 de las conclusiones de la segunda etapa de la enfermedad del rey.



## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

<b>RESUMEN SEGUNDA ETAPA ENFERMEDAD FERNANDO VI (VILLAVICIOSA DE ODÓN, 27 AGOSTO 1758 - NOVIEMBRE 1758)</b>
<b>CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE SÍNTOMAS EN FERNANDO VI (CLÍNICA FLUCTUANTE)</b>
<p>Discurso continuo y lloros en relación a que su muerte está próxima: principios de septiembre.</p> <p>Apatía, ganas de estar en la cama y no hacer nada: principios de septiembre.</p> <p>Abandonar conducta alimentaria y hacerlo en horas no apropiadas: principios de septiembre. Claramente peor desde octubre.</p> <p>Abandonar higiene: principios de septiembre.</p> <p>Agitación y violencia verbal (predominio nocturno): mediados de septiembre.</p> <p>Agresividad a modo de violencia física: mediados de octubre.</p> <p>Pérdidas de horas de sueño y en horas no apropiadas: principios de octubre.</p> <p>Comportamientos abigarrados y socialmente no apropiados: mediados de octubre.</p> <p>Utilizar a modo de cama una camilla hecha por el mismo con taburetes y sillas: primeros de noviembre.</p> <p>Caminar de manera repetida durante al menos 12 horas al día: primera quincena de noviembre.</p> <p>Empeoramiento severo de agresividad: finales de noviembre.</p> <p>Encamamiento, sedestación continua: finales de noviembre.</p>
<b>OTRAS FECHAS IMPORTANTES SOBRE FERNANDO VI</b>
<p>Escribe su última carta: el 30 de agosto.</p> <p>Deja de recibir a los embajadores: el 7 de septiembre.</p> <p>Sale a cazar por última vez : el 9 de septiembre (el 11 lo intentó pero hubo mal tiempo).</p> <p>No se celebra gala por su cumpleaños: el 23 de septiembre.</p> <p>Juega a los naipes por última vez: el 27 de septiembre.</p> <p>Deja de despachar con el ministro Ricardo Wall: el 31 de octubre.</p> <p>Deja de oír misa: el 1 de noviembre.</p> <p>Probablemente última vez que salga del cuarto: el 4 de noviembre.</p> <p>Fiebre por primera vez: el 23 de noviembre.</p>
<b>OTROS DATOS DE INTERÉS</b>
<p>Se adapta el castillo de Villaviciosa para una estancia larga.</p> <p>Se plantea un segundo casamiento que se acaba desechando por la situación del rey.</p>

**Figura 54.** Esquema 2 de las conclusiones de la segunda etapa de la enfermedad del rey.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

### 4.3 Tercera etapa. Encamamiento hasta máxima agresividad. Finales de noviembre 1758- Finales de febrero 1759.

La tercera etapa en la enfermedad de Fernando VI corresponde entre finales de noviembre de 1758 a finales de febrero de 1759.

En esta fase el monarca estará ya en una situación de encamamiento. Sin embargo, el rey tendrá una gran actividad psicomotora y será clínicamente igual de florida que la previa. El final de la etapa corresponde al momento en el cual el monarca estará más agresivo en toda su enfermedad. Desde finales de febrero en adelante Fernando VI entrará en una fase de más docilidad y postración.

Siguiendo el relato de la descripción de la enfermedad, a principios de diciembre Fernando VI lleva ya varios días sin levantarse de la camilla con taburetes que el mismo había creado. En varias ocasiones a lo largo del mes, el monarca intenta levantarse por sus propios medios, pero se cae al suelo.

Pese a estar en la camilla de manera prácticamente continua, la actitud global de Fernando VI sigue siendo la misma que la previa. Su discurso más frecuente es sobre su próxima y certera muerte, incluso llega a pedir en ocasiones que le den la extremaunción. Fernando VI sigue mostrando una gran agresividad a modo de puñetazos y mordiscos. Esa agresividad no solo es con sus asistentes sino también con los propios médicos, de los cuales no quiere dejarse examinar al estar "*echo un perro*". En la correspondencia analizada impresiona de que el rey trata mejor al doctor Amar y particularmente mal al doctor Piquer. De la misma manera el rey continúa realizando comportamientos muy aberrantes y repetitivos.

El 3 de diciembre es una fecha señalada. Ese día Fernando VI consigue levantarse y estar de pie. Es probable que esa sea la última fecha en la cual Fernando VI está de pie de manera prolongada.

Ese episodio lo describe muy bien el infante don Luis en sus cartas:

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

*“el rey ha pasado la noche bastante inquieta y ha dormido a ratos. Toda la mañana ha estado mui inquieto y aora sale con la tema de que rabia que tiene unos impulsos mui grandes de morder a todo el mundo y esta tarde embistio con el medico Amar y le quiso morder, pero no lo pudo lograr porque le ayudaron, pero le desgarró el bestido y se quedo con una manga entre las manos. Salto de la cama y lo que esta mañana y estos dias pasados no podia estar empie, aora se anda paseando por el quarto, pero mui inquieto y desazonado.*

*Amar ha estado aquí y me ha dicho que esta mui malo, que con todo que se pasea esta tan malo o peor que aier. No ha tomado alimento ninguno sino una bebida de la botica que es la sustancia del pan.*

*Anoche tampoco no le vi. Oi no se si lo vere, pero si esta asi no tengo mucha gana de verle, no sea que me emprenda a bocados a mí tambien y no tengo gana de eso absolutamente”* (Carta del infante don Luis a su madre del 3 de diciembre de 1758. Archivo Histórico Nacional, Estado, 2593)

Tal como se relata en esa carta, el infante don Luis empieza a no ver de manera diaria al Fernando VI, incluso su madre así se lo recomienda. El infante siente mucha lástima ver a su hermanastro en esa situación y aunque no se describe que el rey lo haya alguna vez agredido, evita también ir a verlo por si acaso acaba agrediéndole. Por todo ello, desde mediados de diciembre el infante deja de ver al rey incluso durante semanas, para solo verlo ocasionalmente posteriormente. Desde entonces casi todo lo que el infante describe en relación a la situación de Fernando VI es sobre lo que le cuentan en el castillo los médicos y asistentes.

La mala situación del monarca junto con el dictamen de los médicos de incurabilidad, obligan a moverse a las personas interesadas en todo lo que tenga que ver con la sucesión y equilibrio de poderse en el reino. Es por ello que en estos primeros días de diciembre se haga el testamento del rey. En ese testamento los intereses personales de Isabel de Farnesio y el rey de Nápoles salen muy bien parados. Carlos es designado como sucesor a la corona en España y su madre como reina regente mientras el rey de Nápoles no llegue a España.

Todo lo que rodea a la creación del testamento de Fernando VI resulta muy interesante. El rey no estaba en condiciones para hacer ni firmar un testamento, por lo que había dudas de la legitimidad de que sean otras personas las encargadas de hacerlo. Finalmente se encontró el ejemplo de Felipe IV, cuyo testamento fue firmado por otra persona, para legitimar esa realidad.

Las cláusulas del testamento fueron dictadas por el Conde de Valdeparaiso. Posteriormente se las enseñaron al rey donde solo se menciona que al verlas dijo que “*estaban bien*”, sin aclarar si realmente llegó a leerlo o analizarlo. Fernando VI tampoco firmó su propio testamento. Ambas circunstancias se recogen al inicio (Figura 55) y al final del testamento (Figura 56).


†

A. L. E. J.  
ESTADO

En el nombre de Dios todo Poderoso // Yo D. Fernando  
 por la gracia de Dios Rey de Castilla, de León, de Aragón, de las  
 dos Sicilias, de Jerusalem, de Navarra, de Granada, de Toledo, de  
 Valencia, de Galicia, de Mallorca, de Sevilla, de Cerdeña, de Gr  
 dova, de Corcega de Murcia, de Jaen, de los Algarbes, de Alxe  
 cira, de Gibraltar, de las Islas de Canaria, de las Indias orien  
 tales y Occidentales, Islas, y tierra firme del Mar Oceano, Ar  
 chi Duque de Austria, Duque de Borgoña, de Brabante, y Milan,  
 Conde de Flandes, Tirolo y Barzelona, Señor de Vizcaya, y de  
 Molina &c. Estando en mi entendimiento, y juicio natu  
 ral; pero con tal indisposición, que me parece no tengo tiempo para for  
 mar, y hacer como quisiera mi última disposición, y Testamento; creyen  
 do y confessando, como firmemente creo, y confieso el Mysterio de la  
 Santissima Trinidad Padre, Hijo, y Espiritu-Santo tres Personas  
 distintas y un solo Dios verdadero, y todos los demás Mysterios,

**Figura 55.** Inicio del testamento de Fernando VI.

El testamento del rey no fue redactado por el rey. Su labor fue decir que estaba bien cuando se lo enseñaron, sin aclarar hasta qué punto puedo comprender lo que le estaban enseñando. Al inicio del testamento se menciona que "Estando en mi entendimiento y juicio natural, pero con tal indisposición, que me parece que no tengo tiempo para formar, y hacer como quisiera mi última disposición y testamento".


 con mi Poderío Real, de que en esta parte quiero usar, y uso  
 qualquiera defecto y obstaculo que tenga. En fee del qual Yo  
 el Rey D<sup>n</sup> Fernando lo otorgo; y firmò por mi mandado  
 por no permitirlo el estado de mi enfermedad D<sup>n</sup> Joaquin Die-  
 go López de Zúñiga, Duque de Bejar Conde de Belalcazar  
 mi submillar de Corps ante Don Juan Francisco Poma  
 y Portocarrero, Cavallero del Orden de Calatrava Comendador  
 de Galizuela de Laves, Conde de Valseparaiso, de mi  
 Consejo, Superintendente General de la Real Hacienda, Se-  
 cretario de Estado y del Despacho universal de ella y Notario  
 de estos Reynos siendo Testigos rogados, y llamados el re-  
 ferido Duque de Bejar, D<sup>n</sup> Antonio Alvarez de  
 Toledo Marques de Villafranca, Cavallero de el In-  
 signe Orden del Toyson de oro mi Gentilhombre de Ca-  
 mara, y D<sup>n</sup> Joseph de Rada Cura de Palacio. Yo mandè

**Figura 56.** Final del testamento de Fernando VI.

En el testamento se dice que el monarca manda firmarlo a otras personas "por mi mandando por no permitirlo el estado de mi enfermedad".

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

El resto del mes continúa con la misma tónica general ya mencionada. En ocasiones se dice que el rey sufre congojas, convulsiones, movimientos convulsivos, temblores y vapores, pero con unas descripciones muy pobres como para hacer una aproximación clínica sobre dichos eventos. La fiebre se describe por días, también se menciona en el monarca otros problemas sobreañadidos como algún problema respiratorio, aparición de marchas en las mejillas o que tiene *“la lengua muy negra, seca y los labios como escamosos”*.

La alimentación y sueño del rey siguen siendo por lo general escasos, incluso pasa 3 días sin comer absolutamente nada. La conducta alimentaria en el rey se complica cuando ordena a sus asistentes no comer, y llega a lo absurdo cuando el 18 de diciembre el rey ordena traer agarrado al sumiller por 4 guardias, acusándolo de haberse marchado a ir a comer. Afortunadamente para el sumiller, no parece que se haya cumplido esa orden de arresto.

Durante el mes de diciembre, Fernando VI estuvo varias semanas estreñado. El 7 de diciembre el monarca pone fin a este periodo de estreñimiento haciendo 3 cursos sobre sí mismo. Posteriormente no vuelve a tener deposiciones hasta el 19 de enero, aunque el doctor Piquer lo atrasa hasta el 22 de enero. Se pensaba que Fernando VI podría tener hemorroides, ya que se mostraba muy dolorido en general. El cirujano personal de Isabel de Farnesio, Marsilio ventura que se encontraba allí puntualmente unos días, aprovecha que limpian y lavan al rey para examinarlo y descartar esa patología.

Los últimos 10 días del año Fernando VI desarrollará más comportamiento anómalos y agresivos que luego mantendrá de manera continuada. El rey juega con la comida manseándola, para luego tirársela *“de rabia”* con los cubiertos o almohadas a los asistentes y médicos. Otros días el monarca está muchas horas seguidas pasándose agua de una garrafa a otra o enjaguándose sin sentido por horas. También resulta curioso a los testigos como el rey echa azúcar rosado al agua antes de beberla, ya que según el rey así sabía mejor.

Los médicos estaban desconcertados con esta evolución, aunque en general no creen que el monarca vaya a fallecer en poco tiempo mandan tener preparado la extremaunción por si acaso. En diciembre se da el inicio de una de las anécdotas más absurdas en todo lo que tiene que ver con la estancia de Villaviciosa. Sobre todo, a los ojos de una mentalidad actual. Bustamante, el obispo de Palencia, viene al Castillo de Villaviciosa el día 30 de diciembre. El obispo había sido

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

de ayuda en el pasado para recobrar el ánimo de Fernando VI por lo que se supuso que podría ser de ayuda de nuevo, algo que el mismo recordará de manera insistente. Inicialmente el obispo pidió permiso por escrito al rey para ir a verlo, pero no se le contesta. Aun así, el Obispo no hace caso y viene igualmente a Villaviciosa. Fernando VI nunca le dará permiso para entrar en su cuarto, simplemente lo ignorará o no dirá nada en claro cuando se lo preguntan. La situación mental de Fernando VI orienta a pensar que no tiene mucho sentido pedirle tal licencia, pero no deja de ser un rey en funciones plenas a ojos de aquella época. Por ello, el obispo esperará indefinidamente para entrar a verlo. El 14 de enero será el único día que el obispo vea al rey en esos meses. Ese día el rey pide ver un cura ya que dice estar muriéndose y necesita la unción, aprovechando esa confusión el obispo entra a verlo sin su permiso, aunque el rey lo ignora. Después de ese episodio y al continuar siendo ignorado, el obispo pide el permiso del monarca para marcharse con la correspondiente ausencia de respuesta. Por ese motivo el obispo no se marcha y se queda allí sin aportar nada, esperando un permiso del rey para irse. Curiosamente, en agosto de 1759, cuando Fernando VI este ya en una situación terminal, el obispo de Palencia volverá a ver al monarca para ayudar al confesor y al cura de palacio en todo lo que tiene ver con la asistencia religiosa del monarca.

Para fin de año de 1758 la situación de Fernando VI era nefasta. El monarca, que ya empieza a ser descrito como un cadáver por su delgadez, estaba encamado sobre la camilla con taburetes, la cual era incomoda, pequeña y le hacía tener las piernas colgando. La situación higiénica era muy lamentable, el monarca se orinaba encima y se había hecho tres cursos sobre sí mismo. Fernando VI tenía siempre puesta la misma camisa la cual estaba “*echa un asco*” y “*caiendo a pedazos*”.

Los asistentes poco podían hacer para mejorar esa situación ya que el rey no se dejaba ayudar, mostrándose con ellos muy agresivo y oponiendo resistencia a limpiarse, pegándolos y mordiéndolos. Es probable que, para hacerlo, se haya necesitado forzar la situación para reducir un poco a Fernando VI, lo cual se considera muy grave al tratarse de un rey absolutista.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Los rumores sobre la mala actuación en la asistencia al rey empiezan a crecer, hasta el punto que Ricardo Wall tiene que defender ante el rey de Nápoles la correcta y proporcionada asistencia que se le estaba dando a Fernando VI<sup>9</sup>.

En relación a todo ello, se toma dos decisiones importantes. El día 31 de diciembre de 1758 los asistentes aprovechan un momento de más docilidad en el rey para trasladarlo a una cama ordinaria, pero con la salvedad de que tiene que estar sobre el suelo. Sin embargo, al día siguiente el rey quiere volver a su camilla de taburetes. Desde entonces no queda muy claro sobre donde reposará Fernando VI. La sensación es que al menos por temporadas el rey continuó durmiendo en camillas con taburetes y otras en camas ordinarias bajas. Hay que tener en cuenta que, como se comentará más adelante, mudaran repetidas veces al monarca de cama por higiene, por lo que seguramente se alternaba camas ordinarias con camillas con taburetes. De hecho, en junio de 1759 está descrito claramente como Fernando VI duerme todavía sobre una cama de taburetes de tijera.

La segunda decisión se tomó el 9 de enero, cuando los médicos deciden en junta que no le puede hacer fuerza al rey para mudarle de camisa, ya que de la rabia que tiene "*le podía dar un accidente y quedarse allí muerto*". Esta decisión solo hizo empeorar la situación higiénica en el monarca.

La entrada del nuevo año traerá algunas novedades con respecto a Fernando VI. Las principales es que en ese mes de enero ya se puede decir con más probabilidad que el rey empezó a sufrir crisis epilépticas y que se empiezan a describir los primeros episodios o intentos de quitarse la vida.

Desde noviembre se describe en el rey "*convulsiones*", "*vapores convulsivos*", "*congojas con movimientos convulsivos*" etc, pero es a partir de enero cuando parece que la fenomenología está mejor descrita. El doctor Andrés Piquer fecha claramente el inicio de esos síntomas bien definidos el día 12 de enero, aunque el 2 de enero el monarca sufre varios ataques muy alarmantes. De todas formas, la discusión sobre las crisis epilépticas se realizará en esta tesis de manera extensa más adelante, dentro del apartado de discusión de los principales síntomas.

---

<sup>9</sup> No se puede descartar, que con la excusa de que tienen que reducir a una persona violenta para cuidarlo, los asistentes aprovecharan para usar más fuerza de lo realmente necesario. Desde luego, esa opinión se debió de tener en Nápoles a raíz de la información que les estaba llegando.



## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Con respecto a los intentos autolíticos, el primer episodio es descrito el 6-7 enero (Figura 57):

*“El rey anoche tuvo dos crecimientos terribles y estuvo furioso queriendose matar, pidiendo que le diesen un cuchillo o unas tijeras para el. Tambien pidió a los medicos que le diesen veneno, En fin, estaba furioso.*

*Esta mañana engaño a uno de las ayudas de camara pidiendole unas tijeras para cortarse las uñas. El otro sin saber nada de lo que avia pasado se las dio. Se corto las uñas y despues las guardo y se sento encima de ellas. Despues se durmio y ha dormido unas quatro o cinco oras mal y inquieto. Quando desperto, fueron a buscar las tijeras para quitarselas. El alistante las saco y la desembaino, con que le agarraron alistante y se las quitaron.*

*Entre los que entraron fue uno Santa cruz, como es gentilhombre y lleva espada, le salto a ella y cuasi la desbaino, pero el la tuvo agarrada fuertemente y entre tres o quatro se la quitaron.*

*Los ha mordido a todos fuertemente, al pobre Santa Cruz en una mano que la echo bastante mal. Lo he visto y por eso lo puedo decir, los demas no se porque no lo he visto. Despues ha quedado echo una furia y con unos temblores terribles de la rabia” (Carta del infante don Luis a su madre del 6 de enero de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)*

*“El rey anoche guardo el vaso dentro de la cama, asta las dos a dos y media, que izo pedazos y empezo a mascar los vidrios, pero el medico Piquer, que estava alli, le dijo que si lo tragava era un veneno mui fuerte y que moriria rabiando de dolores. En fin, escupio lo que tenia en la boca y dijo que no avia tragado nada y le izieron tomar un poco de aceite de almendras dulces por si avia tragado algo, y con esto se logro que tomase un caldo y un poco del cocimiento.*

*Despues procuraron quitarle todos los pedazos de vidrio que avia en la cama, pero no se save donde ni como guardo algunos, y lo dijo que los tenia guardados. Se ha echo todo lo posible para encontrarlos, pero no ha sido posible, y los tiene aun, pues quando yo he estado esta noche que acavava de despertar (ya ha dormido quatro oras) saco otro pedazo y se lo metio otra vez en la boca mascandole, pero tambien a puros ruegos lo ha echado. Dios save si avra tragado algo.*

*Anoche, quando lo de las tijeras y la espada vieron que, desde medio cuerpo a bajo, la camisa esta echa mil pedazos y que ya no le cubre el medio cuerpo” (Carta del infante don Luis a su madre del 7 de enero de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)*

Fernando VI tiene otros episodios parecidos, generalmente mucho más leves, durante las semanas posteriores de enero y febrero. Lo más frecuente es que el rey pida armas para matarse, y acompañado de ese discurso de que se va a morir y que le den la extremaunción, Ricardo Wall confirma ante Tanucci que después de ese primer episodio “*se han tomado las necesarias precauciones para que no vuelvan a suceder iguales riesgos*”.

Durante el resto del mes de enero hay otros datos de interés con respecto a la alimentación.

Durante la primera quincena el monarca mantiene el mismo comportamiento de apenas comer.

Sin embargo, de manera sorpresiva el 17 de enero todo cambia completamente. Durante unos días el rey come compulsivamente, tanto que tienen que retirarle la comida por si le hace daño, todo ello con el consiguiente enfado y respuesta violenta por parte de Fernando VI. Sin embargo, esta conducta solo durara unos días para volver a la situación previa de práctica anorexia.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Por lo demás, en ese mes de enero también destaca que el día 19, aunque Piquer lo fecha el día 22, el rey acaba un largo periodo sin hacer de cuerpo que se inició el 7 de diciembre. Sin embargo, eso supone un empeoramiento de su situación higiénica, ya que desde entonces en adelante el monarca hace deposiciones y se orina sobre sí mismo sin avisar. Las personas que asisten al rey intentan manejar esa situación mudándolo de cama. En ocasiones sí se consigue cogiendo al monarca en brazos, en otras solo se le puede mudar la ropa de la cama, pero muchas veces no se puede hacer nada porque el rey se pone “*echo una furia*”. Todo ello hace que Fernando VI sea descrito como revuelto “*en medio de toda la porquería*” o que está “*en un lago de porquería y dicen que no se puede parar allí del mal olor*”.

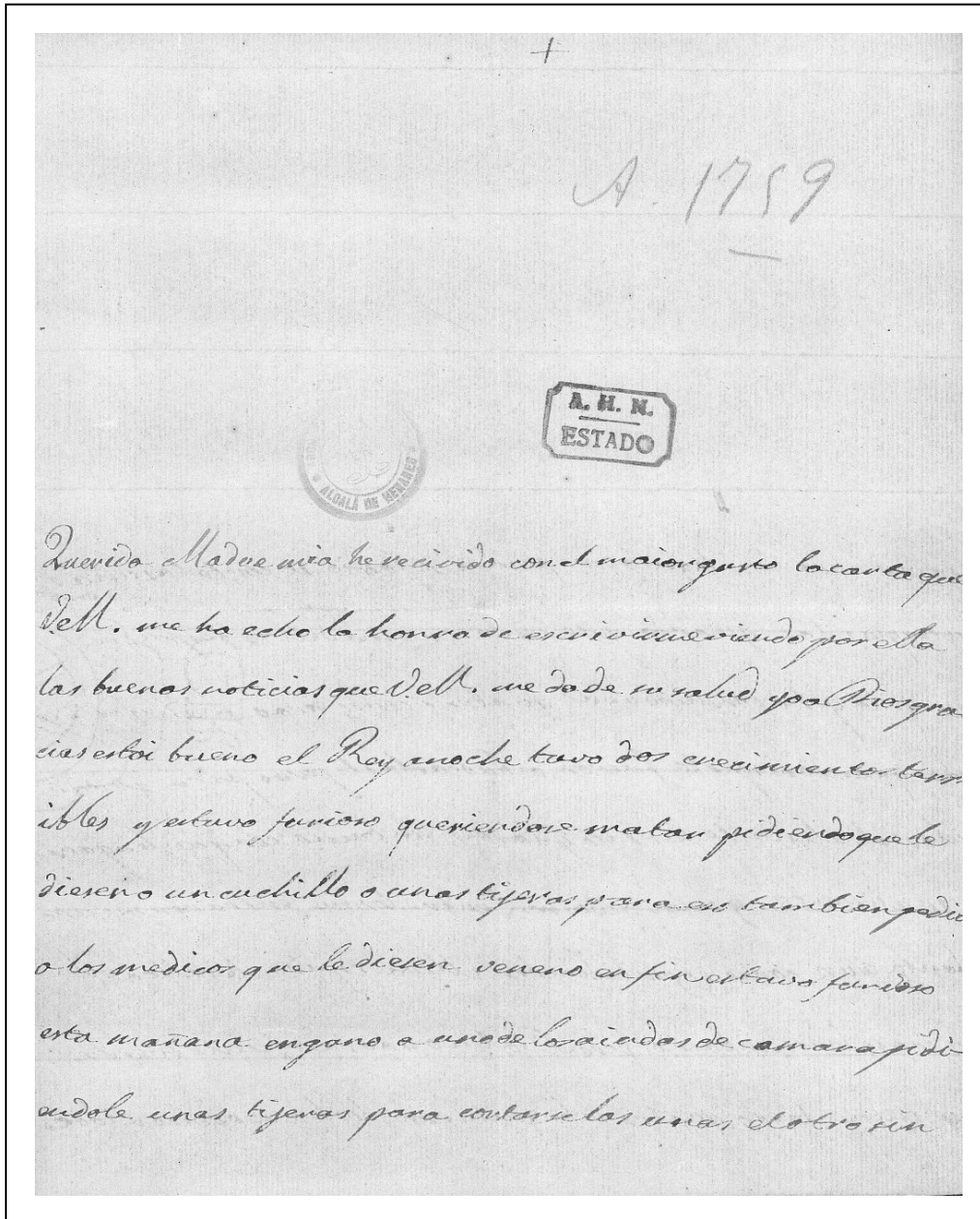
Es llamativo que los testigos consideren un gran logro que el 23 de enero hayan podido abrir la ventana para ventilar, ya que nadie quería acercarse allí por el olor. El mismo infante don Luis tiene que desmentir ante su madre un rumor que circulaba, en el cual se aseguraba que el rey tiene gusanos en las manos. Pese a que el infante desmiente ese rumor, sí le confirma a su madre que el rey tiene piojos.

No es de extrañar que llegando finales de enero se empieza a pensar en una muerte próxima de Fernando VI. Resulta curioso que incluso empieza a correr el rumor de que el rey ha fallecido y lo tienen en secreto. El rumor es tan fuerte que obliga a venir personalmente a Villaviciosa al príncipe de Yachi el día 3 de febrero. El príncipe comprueba personalmente la falsedad del rumor y así informará al rey de Nápoles.

Pese a todo lo mencionado, hay cierta discrepancia entre los médicos con respecto a la prolongación de la enfermedad y se refleja de manera constante en la correspondencia. Sirve como ejemplo lo que se concluye en la junta médica que se celebra el 23 de enero. Entre los argumentos del grupo más optimista estaba que el monarca tenía mejor los pulsos, que se alimenta mejor<sup>10</sup> y que duerme más. En cambio, los argumentos del grupo más pesimista están que el rey tiene los pulsos y la voz más débiles, que más que dormir es azoramiento, que sigue con fiebre, y que la mala situación de su estado mental es cada vez más alarmante.

---

<sup>10</sup> La junta coincidió con los días que el monarca comía compulsivamente.



**Figura 57.** Carta del infante don Luis a su madre del 6 de enero de 1759. El 6 de enero se describe por primera vez lo que parece un intento autolítico en el rey. Durante el mes de enero y febrero de 1759 se describen varios ejemplos parecidos. En general son todos muy aparatosos y se acompañan de comportamientos agresivos y agitación.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Con la llegada del mes de febrero, Fernando VI empieza a tener problemas derivados del encamamiento. El rey empieza a estar muy quejoso y con signos de dolor cuando le intentan mudar. El 2 de febrero se describe heridas o llagas en la ingle y en la rabadilla, que luego con el paso del tiempo irán a peor. Por ello, los médicos temen que esas llagas acaben derivando en una gangrena.

En febrero se da otro cambio de tendencia con respecto a la alimentación. A mediados de mes y por unos días el monarca vuelve a alimentarse otra vez de manera compulsiva, pero posteriormente vuelve a una alimentación más escasa, pero sí hay un cambio de tendencia con una mejor alimentación que previamente. Por lo tanto, desde entonces y durante un tiempo, se puede considerar que el rey se empezó a nutrir algo mejor. No obstante, su situación nutricional en ese momento era muy mala, lo cual le lleva a ser descrito como “*un cadaver*” o de la siguiente manera:

*“Amar me ha dicho que esta mañana quando se quiso arojar de la cama reparo que tenia los tobillos un poco inchados, los muslos y las piernas dice que absoluta mente son ilos, no ai mas que el gueso y el pellejo”* (Carta del infante don Luis a su madre del 19 de febrero de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

La mejor alimentación que se da a finales de febrero junto con una mayor energía en el monarca, hace cambiar algo la opinión general de un fallecimiento inminente. De todas formas, la duda es cuando va a morir el rey, no si el rey va a morir o no, algo fuera de la discusión.

El 17 de febrero el doctor Purcell escribe a Ricardo Wall un manuscrito médico (Figura 58) para que se lo envié a Tanucci. En ese manuscrito el médico reconoce que, aunque el monarca coma mejor, la muerte es inevitable:

*“el lunes proximo pasado viendo que los cursos eran mas frecuentes, creí estaba su majestad muy cerca de morir, pues en los ethicos confirmados, aunque no sean pulmonarios, son los cursos los precursores de su muerte. Mas como su majestad ha tenido un immoderado flujo de orina desde entonces se moderaron otros cursos. No obstante, la extenuacion vá en aumento, y su majestad, como tengo dicho dos meses hace, puede tirar hasta el mes de marzo si no se precipita antes en cursos, y creo ingenuamente que es tan imposible que su majestad buelva a nutrirse (aunque toma ahora bastante alimento) como el que reverdezca un arbol arrancado y seca ya sus raíces, por mas que se riegue. Esto es lo que observo en su majestad, ojala que me engañe”* (Documento médico del doctor Purcell dirigido a Ricardo Wall del 17 de febrero de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Febrero va a suponer la culminación de la agresividad en Fernando VI. El rey permanece en la cama sobre la cual apenas ponía levantar la cabeza, pero va a mostrar una gran energía que le llevará incluso a tirarse de ella varias veces. En ese mes Fernando VI hace algún intento que se puede considerar autolítico como intentar ahorcarse con las cintas de las camisas o pedir que le den armas para matarse, pero siempre en ese mismo contexto de agitación psicomotora:

*“Ha estado suma mente furioso, a las doce poco mas o menos, se quiso ahorcar con las cintas que tenia en la camisa. Despues ha querido morder a todo el mundo, pero nadie se le avenia sino a lo que es preciso, porque a todos los tiene escarmentados. Mordia las savanas y las acia pedazos. Ha tenido mucha calentura. Tambien oi no he oido decir nada de congojas. Le limpiaron anoche a las once, pero ya otra vez se ha buuelto a ensuciar de todos generos. Esta mañana dicen que esta asqueroso pues tiene todas las manos untandas en porqueria y no se las quiere dejar limpiar, y a todos los que se le ariman los pringa”* (Carta del infante don Luis a su madre del 6 de febrero de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2593)

La violencia es “*peor que nunca*” durante ese mes a ojos de los testigos. El monarca se arranca trozos de la camisa y otras ropas para luego mascarlos. Tira con fuerza a médicos, asistentes y al cura todo lo que tenga a mano como: comida, cubiertos, almohadas, cristos, relicarios, relojes y hasta sus propios excrementos. Fernando VI muerde, pega puñetazos y cabezazos a todo aquel que se le acerca, incluso a él mismo contra la pared. El infante agradece que esta violencia no la haya tenido previamente cuando tenía el rey fuerzas para ponerse de pie.

*“Si ahora tuviera fuerzas como al principio que se pudiese levantar, no avia de poder parar alma viviente en todo el castillo que no le zafase bien”* (Carta del infante don Luis a su madre del 18 de febrero de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

El por todo ello que los cuidados del rey se complican mucho más. El sumiller esta tan desconcertado que pide permiso o consejo a otras personas para poder actuar con más fuerza contra Fernando VI, pero es una decisión de la cual nadie quiere hacerse responsable.

Finalmente, tanto Ricardo Wall como el Duque de Béjar informan o hacen saber al rey Nápoles que la situación es muy grave. En consecuencia, se va a empezar a usar más fuerza para reducir al rey y así asistirle mejor, pero siempre con el debido respeto:

*“En cuya atencion solo diré lo que mas urge é imposibilita la curacion del paciente, que es en la falta de algun poderoso medio para procurarle con el mayor respeto, hasta reducirle a ponerse en la cama, mudar ropa, estar con limpieza, y tomar a sus horas el alimento y medicinas necesarias.”* (Carta del duque de Béjar a Carlos VII de Nápoles del 6 de febrero de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2532)

và en aumentos, y S. M., como tengo di-  
 cho dos meses hace, puede tirar hasta  
 el mes de Marzo sino se precipita an-  
 tes en cursos, y cres ingenuam<sup>te</sup> que es  
 tan imposible que S. M. vuelva a nutrir-  
 se (aunque toma ahora bastante ali-  
 mento) como el que reverdezca un ar-  
 bol arrancado y secas ya sus raizes,  
 por mas que se riegue. esto es lo que  
 observo en S. M. (ofala q<sup>e</sup> me engaña)  
 Mande v. e. otra cosa a este su ser<sup>o</sup>. Die-  
 go Purcell = Co<sup>mo</sup> S. D. Ricardo Wall. en  
 Villan<sup>na</sup> a 17 de Feb. de 1759

**Figura 58.** Documento médico del doctor Purcell del 17 de febrero de 1759. Otro de los pocos documentos médicos encontrados en la investigación. El documento está dirigido a Ricardo Wall, aunque el destino final es hacia Tanucci. El galeno reconoce que el rey está comiendo mejor, pero considera que aun así la muerte será inevitable.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Parece que desde ese mediados-finales de febrero se empieza a usar algo más de fuerza para poder asistir a Fernando VI. No en vano la situación higiénica era nefasta. El monarca continúa *“haciendo sus menesteres en la cama”* por lo que está *“metido en orines y algo de camara”*, hasta tal punto que saca sus manos *“todas untadas en porqueria”*. La situación higiénica se complica durante la segunda semana del mes de febrero, con la aparición de diarrea y frecuentes cursos líquidos que mancha y empapan las sábanas y colchones. Se considera un logro que el 9 de febrero por fin le pudieran mudar la camisa a Fernando VI, la cual llevaba puesta desde hace meses y que ya estaba *“podrida y rota”*.

La situación de Fernando VI era calamitosa desde finales de enero y así se mantuvo al acabar febrero. Sobre la extrema desnutrición hay que recordar que el monarca tenía barbas y una melena larga, algo totalmente fuera del canon de belleza de esa época. La situación de higiene era tan desagradable y horrible como ya se ha comentado. El rey estaba encamado desde hacía 3 meses y ya empezaba a tener llagas de presión por la situación de encamamiento. Pese a ello, Fernando VI estaba muy agresivo y mostraba su agresividad a modo de una gran violencia física ya comentada, lo cual dificultaba mucho sus cuidados, limpieza y asistencia. Su discurso muchas veces seguía sobre su próxima e inevitablemente muerte, pero siempre con *“la cabeza enteramente perdida”* e *“ideas desconcertadas que ha manifestado en toda su enfermedad con imaginación”*. Comía sus propios excrementos, seguía enjuagándose durante horas con el agua y jugaba con la comida sin sentido. Pasaba las noches muy *“azorado”*, con inquietud y continuos movimientos sobre la cama con el sueño muy fragmentado. Sobre todas esas cosas, hay que recordar que Fernando VI tenía frecuentes crisis epilépticas y un hipo persistente que preocupaba mucho a todo el mundo.

Ante esa situación, desde el ambiente que rodea al rey de Nápoles se cuestiona la profesionalidad de los médicos. Ricardo Wall tiene que salir en defensa de ellos y defender ante Nápoles su labor y trabajo.

*“no ha habido día bueno desde el otro hasta este martes, aunque tampoco ninguno que nos haya puesto en la tremenda consternación. Vá siempre perdiendo terreno con la lentitud que es propia de la enfermedad, y aguardamos siempre con temor el fatal término de los cursos que creen los médicos nos llevarán al precipicio. Cuatro o cinco días ha, que en el espacio de pocas horas se observaron tres ó cuatro evacuaciones, y una de ellas posterior tan involuntaria que sorprendió al mismo paciente, y ya nos empezamos a asustar. No continúan con precipicio, pero continúan por una y otra vía con mas*

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

*abundancia que la natural y correcta y de materiales de mala calidad. En summa, los medicos se mantienen en su fallo, y no se ven señales de que yerren, porque la calentura y crecimientos prosiguen, la extenuacion crece, y las extravagancias para no dejarse regir y curar no pierden su fuerza.*

*Estos días há estado su majestad terrible en sus aprensiones y en sus excesos, haciendo uso hasta de sus mismas inmundicias para ofender a los asistentes, negandose siempre a la indispensable limpieza, queriendo unas veces tomar mucho alimento y otras nada, que el caso de oy, pues no ha habido forma de que admita sino una picara de chocolate.*

*En las mas de las enfermedades hay siempre de que culpar a los medicos, pero en la presente estan a mi parecer libres de culpa. Desde que el rey empezó a vivir con irregularidad le dijeron en pronostico lo que le sucedería por grados; y su majestad. por desgracia los há sacado buenos profetas. Han aplicado y aplican los pocos remedios que ha sido posible, y no ciertamente por falta de ciencia cuidado y celo han dejado de establecer y seguir perfectamente la cura, y sino porque el estado y calidad del enfermo lo han hecho impracticable. Lo mismo que digo yo diria vuestra señoría, si se hallase aqui, y no echaria menos los medicamentos que me expresó en su carta de 6 de este mes, que se podian haber practicado quando la supresion de vientre de mas de 30 días, ni desaprobaria leche, que quando habia facultades se procuró dar. Es verdad que vuestra señoría, se hace precedentemente cargo de que para todo habia habido sus razones que no es facil atinar con ellas desde lejos.*

*La divina providencia tenia señalado al rey este destino, pues visiblemente paso a paso se le ha ido buscando, y aun lo continua con gran lastima, gran dolor, y la mayor angustia de todos sus fieles siervos” (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 27 de febrero de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)*

Se puede considerar finales de febrero el final de la tercera etapa (Figura 59 y 60) ya que es la máxima expresión de la agresividad y otros comportamientos aberrantes en el rey. Desde entonces entrará en un periodo lento de tendencia hacia más docilidad y menor expresividad clínica de la desorganización conductual.



**RESUMEN TERCERA ETAPA ENFERMEDAD FERNANDO VI  
(VILLAVICIOSA DE ODÓN, DICIEMBRE 1758 - FEBRERO 1759)**

**CONTEXTO DE LA ETAPA**

Ya se considera al rey como incurable.

Se hace testamento de Fernando VI.

Ricardo Wall mantiene el aparato gubernativo. El rey de Nápoles adquiere cada vez más protagonismo.

Desde mediados de diciembre el infante don Luis deja de ver a Fernando VI, salvo esporádicamente.

Se cuestiona el papel de los asistentes y médicos. Ricardo Wall sale en su defensa.

Se pide permiso al rey de Nápoles para actuar con más fuerza con el rey, pero de manera respetuosa.

Corre un rumor de la muerte de Fernando VI a principios de febrero.

Hay discrepancias entre los médicos sobre diversos síntomas (sobre todo fiebre) y la duración de la enfermedad. En general se piensa que el rey puede vivir hasta marzo.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES EN LA SALUD DE FERNANDO VI**

El rey está ya encamado y no se puede poner de pie.

El monarca continúa con su discurso de una próxima e inevitable muerte.

Sobre la cama Fernando VI hace comportamientos aberrantes y sigue mostrando una gran agresividad verbal y física.

Desde enero es probable que el monarca sufriera crisis epilépticas (es posible que ya desde noviembre).

El monarca sigue sin apenas comer, aunque se describe por días comportamientos de alimentación compulsiva.

Durante el sueño, Fernando VI apenas duerme y tiene mucho comportamiento motor asociado.

Fernando VI no se deja limpiar, ni examinar por los asistentes ni médicos.

El rey no controla sus esfínteres. Se orina de manera constante sobre sí mismo y desde enero también defeca de manera repetida sin dar aviso.

La situación higiénica es lamentable.

El encamamiento prolongado lleva a la aparición de llagas en el cuerpo de el rey.

La fiebre es cada vez más frecuente en el monarca, al igual que otros síntomas como un hipo persistente, aparición de problemas respiratorios y manchas en la piel.

Físicamente Fernando VI entra en una situación de severa desnutrición.

**Figura 59.** Esquema 1 de las conclusiones de la tercera etapa de la enfermedad del rey.

<p><b>RESUMEN TERCERA ETAPA ENFERMEDAD FERNANDO VI</b> <b>(VILLAVICIOSA DE ODÓN, DICIEMBRE 1758 - FEBRERO 1759)</b></p>
<p><b>CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE SÍNTOMAS EN FERNANDO VI</b> <b>(CLÍNICA FLUCTUANTE)</b></p> <p>Periodo de gran estreñimiento: 7 de diciembre -19 de enero. Jugar con la comida y el agua de manera repetida: finales de diciembre. Primer episodio probablemente epiléptico: principios de enero. Sueño ligero y con componente motor asociado: principios de enero. Primer intento autolítico: 6 de enero. Alimentación compulsiva: mediados de enero. Aparición de hipo persistente: finales de enero. Aparición de llagas por el encamamiento: 2 de febrero. Máxima sintomatología de la violencia y agitación: febrero.</p>
<p><b>OTRAS FECHAS IMPORTANTES SOBRE FERNANDO VI</b></p> <p>Última vez que Fernando VI se pone de pie: 3 de diciembre. Firma del testamento de Fernando VI: 10 de diciembre. Se cambia al rey de la camilla de taburetes a una cama: 31 de diciembre. Se abre por fin la ventana para ventilar el cuarto: 23 de enero. Se pudo mudar la camisa al rey: 9 de febrero. Se pide permiso al rey de Nápoles para actuar con más fuerza para asistir a Fernando VI: 6 de febrero.</p>

**Figura 60.** Esquema 2 de las conclusiones de la tercera etapa de la enfermedad del rey.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

### 4.4 Cuarta etapa. Máxima agresividad hasta demencia severa. Finales de febrero 1759- Finales de mayo 1759.

La cuarta etapa de la enfermedad de Fernando VI empieza a finales de febrero de 1759 y acaba a finales de mayo de 1759. En ese momento hay datos para considerar que Fernando VI tiene una demencia severa.

Esta fase de la enfermedad se caracteriza por una mayor docilidad en el rey que viene acompañada de mejor alimentación, todo ello permite mejorar su asistencia e higiene. Sin embargo, la evolución será progresiva. Eso quiere decir que persistirán todas las alteraciones conductuales de manera florida para ir progresivamente evolucionando a una situación de más docilidad.

Sobre todo, será a partir de mediados de abril cuando la agresividad del monarca empiece claramente a remitir, aunque persistirá.

Esta etapa también se caracteriza por una mayor aparición de otras complicaciones médicas: edemas, úlceras de presión, desnutrición y problemas respiratorios.

Finalmente, otra de las características que habrá a partir de esta fase es una peor descripción de la evolución del monarca, en especial desde finales de abril por la marcha del infante don Luis. Todo ello potenciado en que las otras fuentes disponibles son en general menos descriptivas a la hora de hablar del estado de Fernando VI.

Siguiendo el relato previo, al llegar finales de febrero de 1759 la situación de Fernando VI era lamentable sobre todo en relación a la agresividad y resto de alteraciones conductuales. Si bien en otros síntomas como la alimentación sí había habido un ligero cambio de tendencia hacia una mejor nutrición.

La situación en marzo sería prácticamente idéntica en todo el abanico de síntomas ya descritos.

De hecho, durante los primeros días del mes el monarca sigue estando muy agresivo, especialmente el 4 de marzo:

*“Ha echado fuera del cuarto a todos y al ayuda de camara le pidió el orinal y despues le echo los orines a cuestras. Despues que los vio que estaban lejos del, se tiro de la cama a bajo y tuvieron que bolverle a subir. No me han savido decir si se ha dado golpe o no, pero no puede menos porque estava en el suelo tendido.*

*Despues que le subieron a la cama pidió aquel cocimiento con que el Sumiller, que estava alli, se le sirvio y empezo a beber un poco y despues se la tiro a la cabeza lo restante, con que a todos los tienes escamados, que ai dificultad en que se quieran arrimar a servirle.”* (Carta del infante don Luis a su madre del 4 de marzo de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Pese a esa agresividad, parece que empieza a ver una mayor docilidad en el monarca con sus excepciones. Eso repercute en una mejor asistencia en todo lo que tiene que ver con la limpieza e higiene del rey, y se le empieza a poder mudar de una cama a otra de manera más frecuente. La mejor limpieza en el rey no cambia radicalmente su situación higiénica global, la cual se sigue describiendo de una manera catastrófica como: *“ha echo mucho del cuerpo y dicen que es una peste como guele que es peor que nunca”* o que está *“sumamente puerco pues oi ha hecho mucho del cuerpo”*. La situación esperpéntica se hace aún más viva cuando el 15 de marzo el rey vuelve a comer sus propias heces, algo que ya había hecho con anterioridad en febrero. Todo se hizo más problemático a principios de marzo cuando Fernando VI no deja por varios días que se abra la ventana para que entre luz natural. Afortunadamente para todos los presentes, el 9 de marzo el monarca permite la apertura de la ventana para incluso ventilar. Como se refiere previamente, desde febrero ya se empieza a describir la aparición de llagas en las zonas de presión. A principios de marzo las llagas empeoran al ser más grandes y ponerse *“coloradas”* y *“medio negras”*. Para complicarlo todo, Fernando VI se arrasca las heridas, las cuales se irritan y llegan a sangrar. El temor de los médicos es que las heridas vayan a peor y acaben derivando en una gangrena. Es por ese motivo que su recomendación es unánime en que tienen que curar y limpiar mejor las úlceras. La mejora en la limpieza y cuidados del rey va a tener una consecuencia positiva y evidente en las llagas según las descripciones analizadas. Circunstancia que se consigue no solo por una mayor docilidad del monarca, sino también a raíz de que el rey de Nápoles (Figura 61) autoriza a usar *“violencia respetuosa”* para reducir a Fernando VI cuando se le limpie y mude.

*“He expresado al señor duque de Bejar lo mucho que aprobaba y aun estimaba ese benigno soberano la violencia respetuosa con que se empezó a reducir a su majestad para la mudanza de ropa de cama. Con esto se há consolado y animado su celo. Ahora se repite mucho mas a menudo esta maniobra, porque las evacuaciones son mas frecuentes y pudieran agravarse las escoriaciones que se hacen cerca de las vias y en las asentaderas, y que se le curan con las oportunas untadas por los cirujanos.”* (Carta de Ricardo Wall a Tannuci del 27 de marzo de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

Pese a la mejora de las llagas, la segunda quincena de marzo traerá otras complicaciones añadidas en la salud de Fernando VI. Desde mediados del mes en adelante empieza a aparecer

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

edemas en el cuerpo del monarca. Inicialmente se le empieza a describir la cara como abotagada, para posteriormente aparecerle "*inchazon*" en las piernas, las cuales el monarca refiere como que no son suyas al no sentir las. Poco después ya se menciona hinchado el vientre, el pescuezo, las nalgas y el espinazo para acabar describiéndolo como "*abotogado e inchado por todo el cuerpo*", tanto que se teme que haga una "*mortificacion*". Este problema se ve como "*un funesto indicio sobre tantos otros que concurren*". Todo ello hace que el aspecto de Fernando VI empeorase con "*la cara cada día mas abotagada, mas desfigurada y cadaverica*".

En los últimos 10 días de marzo el rey desarrolla también más dificultad para respirar y tos, junto más sudor, fiebre y reaparición de la diarrea líquida.

Marzo demostrará una vez más la ignorancia de los médicos con respecto al final de Fernando VI. Anteriormente se daba por cierto que el rey moriría ese mes y así lo seguían pensando entonces:

"Los medicos no levantan su sentencia, y estamos en el tremendo mes de su cumplimiento" (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 13 de marzo de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

Pese a que la situación del monarca es mala, continuaba vivo al acabar dicho mes. Escenario que desconcertaba a todo el mundo. Los médicos se muestran discordantes sobre cuanto más vivirá, aunque siguen pensando en un corto periodo de tiempo, pero con discrepancias. Por ello, se manda opinar a otros médicos reunidos en junta en Nápoles con la información que se envía allí.

La primera quincena de abril Fernando VI volverá a estar especialmente agresivo, hasta el punto que los asistentes y médicos vuelven a tener miedo para mudarle y explorarle. De hecho, vuelve a ver días en los cuales se decide no mudar al rey. En otras ocasiones sí se le consigue mudar o explorar, pero tras una "*gran batalla*" en los que hay "*excesos de furia con maltrato de los sirvientes*". Tanto los asistentes como los médicos sufren muchos puñetazos, mordiscos o impactos con objetos. Como ejemplo de la gravedad de la situación, el 11 de abril Fernando VI le tira caldo hirviendo por la cabeza al boticario:



**Figura 61.** Carlos de Borbón, rey de las Dos Sicilias.  
Óleo sobre lienzo de Guiseppe Bonito de 1745. Actualmente en el Museo Nacional del Prado.  
El futuro Carlos III de España autoriza usar “*violencia respetuosa*” para reducir a Fernando VI a la hora de asistirlo.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

*“el rey esta furiosisimo, pidiendo a cada instante caldo y manjar blanco, pero en quanto lo prueba lo echa a las cavezas a los que se lo traen poco ha. Se lo echo al pobre boticario encima de la caveza y le chorreo por todo el cuerpo y lo peor es que estava irviendo. De suerte que nadie le quiere servir, y tienen razon, por que van a pique de que los abrase vivos o que con la cuchara los saque un ojo, porque siempre va volando apenas la toma en las manos”* (Carta del infante don Luis a su madre del 11 de abril de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

Las llagas estaban siendo tratadas y su progresión parece que se había controlado a finales de marzo. Sin embargo, la primera quincena de abril parece que vuelven a empeorar y se describen como *“malas e hinchadas”*. Por ello, y pese a la agresividad del rey, los médicos vuelven a insistir en la cura de las llagas y en la mejora de los cuidados, porque temen que acabe derivando todo en gangrena.

Se sigue describiendo a Fernando VI como hinchado y colorado sobre todo en cara, nalgas, los ojos que se describe como con *“ojeras muy grandes y mui negras”*, los labios que además están de *“mal color”*, y sobre todo en las partes donde el monarca está apoyado o sobre el lado sobre donde se tumba. El vientre además de hinchado se describe como colorado, duro y doloroso al poco que se le toque.

El hipo vuelve a reaparecer en el rey a principios de abril, algo que se considera mala señal ya que los médicos consideran que es un problema que tiene que ver con el diafragma. Los sueños son cada vez más superficiales y con mucho movimiento en ellos, sin alcanzar nunca aparentemente un sueño profundo.

El 8 de abril sucede en el rey el evento más grave de ese mes. Ese día el monarca sufre una crisis epiléptica con una pérdida de conocimiento posterior de al menos 20 minutos. Ese suceso debió tener mucha repercusión en la rumorología que existía sobre la salud de Fernando VI. Al día siguiente se acercó a Villaviciosa mucha gente venida de Madrid a informarse mejor de la situación del monarca, ya que habían escuchado lo que había sucedido el día anterior. De hecho, parece que hay un empeoramiento en la frecuencia de sus crisis epilépticas en los días siguientes. La situación descrita solo hace aumentar la incertidumbre entre los médicos. Por días dicen que el rey está muy mal y que parece que se va a morir enseguida. Sin embargo, otros días dicen que va a durar más.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Es interesante la opinión que da el infante don Luis cuando ve a Fernando VI tras mucho tiempo sin verlo. El infante se asusta por el aspecto físico del monarca que estaba “*desfigurado y abotajado*”, pero lo ve sentado, comiendo y tirando la cuchara a los asistentes con fuerza. El infante describe que Fernando VI tenía la voz igual que “*quando estava bueno*” al igual que el rey conservaba los movimientos de los brazos de una forma “*bastante natural*”, aunque “*no tan ligero como otras veces*”. Por eso el propio infante llega a una conclusión sobre el pronóstico del rey, que el tiempo confirmará como totalmente certera:

*“Los medicos dicen que eso no quiere decir nada, que todas esas fuerzas y esa voz son efectos del mal y que no puede durar mucho, pero a mi me parece que ha de tirar.”* (Carta del infante don Luis a su madre del 16 de abril de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

Desde la segunda quincena de abril en adelante, Fernando VI entrará ya en una fase de mayor docilidad con una mejoría de su agresividad. Tampoco se describe ningún síntoma o evento nuevo o de mayor relieve a los que ya estaba mostrando. Lo más interesante de la segunda quincena de abril, es que el día 17 se puede volver a mudar la camisa del rey. En esa ocasión se comprueba como habían aparecido nuevas llagas y el aspecto físico de Fernando VI, el cual es descrito como “*echo un esqueleto que aun el pellejo esta ya consumido y seco sobre los guesos*” o como un “*esqueleto extenuado y consumido*”.

El mes de abril va a traer otras dos novedades fuera de los síntomas de Fernando VI.

La primera novedad tiene que ver con el equipo de médicos que estaba asistiendo al rey: Amar, Purcell, Piquer, Arango y Borbón. Si bien estos dos últimos hacía tiempo que no examinaban al monarca. Ante las continuas discrepancias de los médicos, el 3 de abril el duque de Béjar decide llamar a Villaviciosa al doctor Suñol y al doctor Casal. Ambos protomédicos y de un gran prestigio. Parece que el gobernador del consejo de Castilla (Figura 62) era uno de los más interesados en que se les llamara, aunque reconoce que eran ya ancianos.

*“haviendo entre ellos (refiriéndose a los médicos Amar, Purcell y Piquer) notaria contradiccion en puntos, en que parece no cabia duda, deviendo añadirse la poca satisfaccion que tenia el publico de los tres, en quienes se havia radicado la asistencia y curacion del enfermo, y viendo separados de ella á Don Joseph Suñol y á Don Gaspal Casal. El primero que sobre haver asistido al rey desde que nació, á corrido siempre con los mejores creditos de su profesion, y el segundo sugeto septuagenario, que le há asistido tambien de diez años á esta parte, y que se le confiesa por los de su facultad ser uno de los mejores medicos que havria en la Europa. Estos solo fueron á vér al rey un día de los de su mayor ponderado riesgo, y quedaron pasmados de que havrian ohido, cotejado con lo que pulsaron, y se observó que desde aquel dia cesaron*



## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

*por mucho tiempo, en los medicos asistentes, los exagerados crecimientos diarios, sin otra aplicacion de remedio que el haver ayudado á los referidos en la junta que tuvieron todos” (Conducta y observaciones del obispo de Cartagena, gobernador del consejo Real después de la venida de S.M al sitio de Villaviciosa y durante su larga enfermedad. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2673)*

Los veteranos galenos quedaron “*pasmados*” al ver a Fernando VI y opinaron que el caso del rey era “*cosa perdida*” y que le ven “*sin remedio*”.

Posteriormente los 7 médicos se reúnen en una junta cuyas conclusiones se han conservado en dos documentos diferentes (Figura 28 y 29). Uno firmado por el doctor Purcell y el otro por el resto de médicos. Esta división en las conclusiones es debida a las discrepancias que existieron entre ambos grupos sobre la naturaleza de la calentura y el tratamiento. El doctor Purcell no era muy partidario de tratar más a Fernando VI con caldo de víboras, como finalmente se hizo. En lo que sí hubo unanimidad fue sobre el mal pronóstico del paciente.

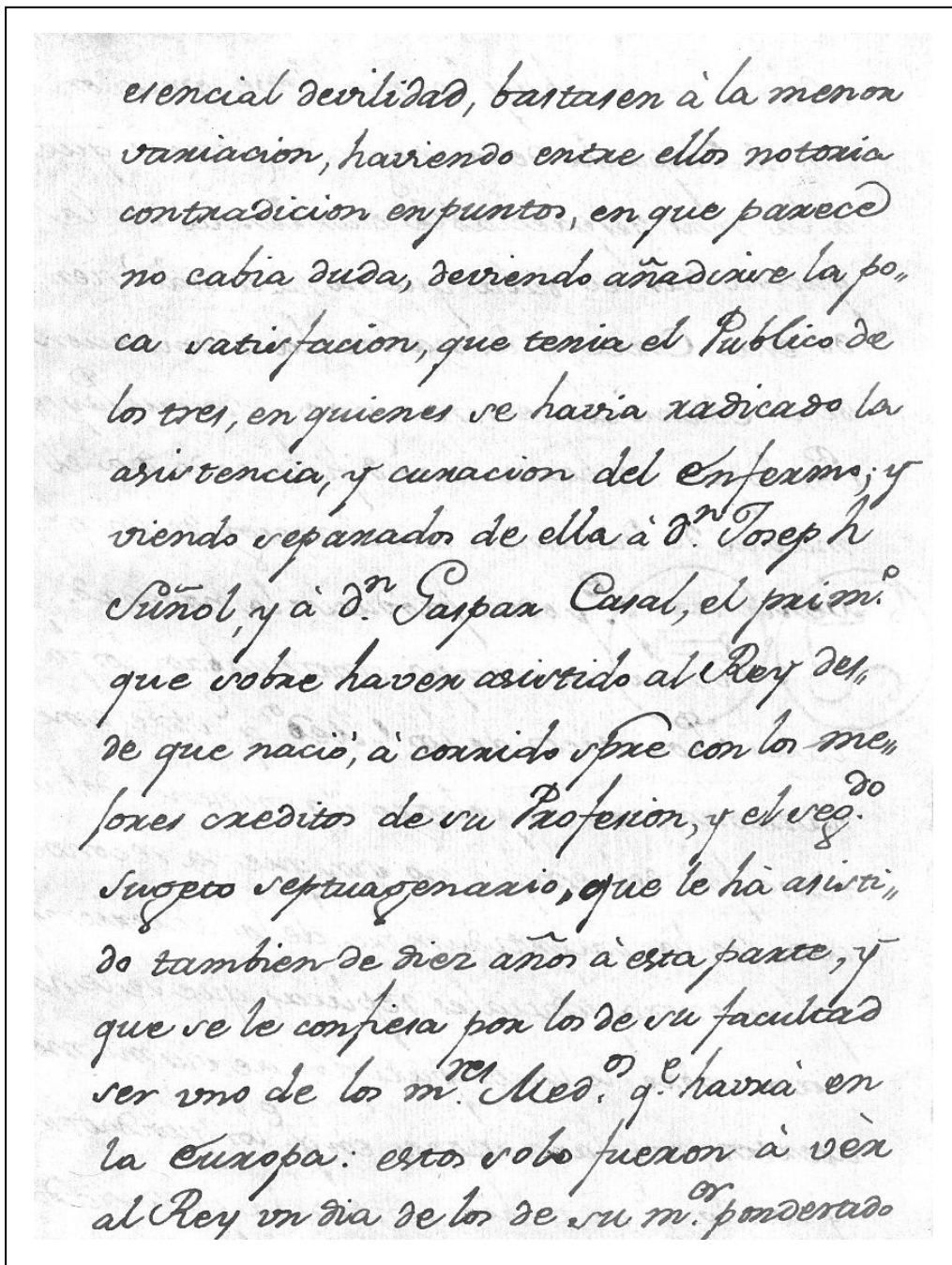
De todas formas, tanto el doctor Suñol como el doctor Casal volverán pronto a Madrid, dejando al mismo equipo médico que antes. Si bien el duque de Béjar les llamara de nuevo en julio, a recomendación del gobernador del Consejo de Castilla, pero ambos galenos no volverán alegando su mala situación de salud y edad<sup>11</sup>.

Los 5 galenos que quedaron en Villaviciosa se reunirán en más juntas, de las cuales destaca la del 17 de abril donde analizan las conclusiones de los médicos reunidos en Nápoles. Basta decir que los médicos que se reunieron en Nápoles no discreparon mucho de los médicos que estaban asistiendo a el rey, para concluir también en un mal pronóstico.

La segunda novedad que se da en abril, fuera de los síntomas de Fernando VI, tiene que ver con el infante don Luis. El infante llevaba tiempo queriéndose marchar de Villaviciosa ya que no soportaba esa situación. Su plan inicial era marcharse a San Idelfonso con su madre por semana santa. La agresividad en el rey durante la primera quincena de abril fue un impedimento para pedirle permiso ya que el rey estaba “*desbaratado de la caveza y furioso*”. Incluso lo intentó a través del cura de palacio que tampoco pudo. En la segunda quincena la situación de más docilidad en el monarca abría una nueva posibilidad de intentarlo. Esta vez la excusa sería celebrar con su madre el día de los apóstoles San Felipe y Santiago.

---

<sup>11</sup> El Doctor Casal morirá el mismo día que Fernando VI. El 10 de agosto de 1759.



esencial debilidad, bastasen à la menor  
 variacion, haviendo entre ellos notoria  
 contradiccion en puntos, en que parece  
 no cabia duda, de viendo añadirse la po-  
 ca satisfaccion, que tenia el Publico de  
 los tres, en quienes se havia radicado la  
 asistencia, y curacion del Enfermo; y  
 viendo reparado de ella à D.<sup>n</sup> Joseph  
 Suñol, y à D.<sup>n</sup> Gaspar Casal, el primero  
 que sobre havex asistido al Rey del  
 de que nació, à comido sobre con los me-  
 jores creditos de su Profesion, y el seg.  
 sujeto septuagenario, que le ha asisti-  
 do tambien de diez años à esta parte, y  
 que se le confiesa por lo de su facultad  
 ser uno de los m.<sup>tes</sup> Med.<sup>os</sup> q.<sup>e</sup> havia en  
 la Europa: esto vobo fuexon à ver  
 al Rey un dia de los de su m.<sup>or</sup> ponderado

**Figura 62.** Manuscrito del gobernador del consejo de Castilla.

El gobernador del consejo constata las discrepancias y dudas que había con el equipo médico. Según el obispo de Cartagena, la llegada de Suñol y Casal supone una menor exageración en relación a los "crecimientos", aunque reconoce que ambos galenos quedaron "pasmados" al ver a Fernando VI.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Finalmente, el cura de palacio consigue el permiso del rey para que el infante se marche, algo que ocurrirá el día 26 de abril. Lo que parecía una partida breve se fue prolongando de manera indefinida.

El infante solo volverá a Villaviciosa brevemente para el día de San Fernando a finales de mayo. Las excusas para no querer volver parten de que el infante se muestra también melancólico y afligido por los horrores vividos en el castillo de Villaviciosa. De hecho, a finales de abril se va a organizar en Villaviciosa una importante junta con médicos, sacerdotes y otras personalidades y se pide para ello de manera específica el retorno del infante. La propia Isabel de Farnesio impide que su hijo vuelva, al ver a su hijo *“flaco y con algunas señales de melancolía”*. Motivo por el cual tratan al infante con leche de burra.

Mayo será el mes de transición a una fase que se puede considerar de demencia severa. De manera progresiva se irá acentuando en el monarca la inanición que había empezado a mostrarse en las semanas previas, todo ello acompañado de un empeoramiento de su situación global.

En general el monarca seguirá con el *“desbarato de la imaginación”* con las *“escenas consiguientes”*, pero sí se verá esa tendencia a una mayor postración y menor expresividad clínica en lo que tiene que ver su trastorno conductual.

En ese mes de mayo destaca como principal evento anómalo lo ocurrido en los primeros días, cuando por dos días seguidos el monarca hace llamar de madrugada a su confesor, del cual había prescindido. En las dos ocasiones el confesor es echado del cuarto del rey inmediatamente para luego mandarle volver por varias ocasiones seguidas. Finalmente, en ambos días, el rey y el confesor mantienen una conversación que es descrita como de *“asuntos de ninguna importancia, en la cual el confesor no sacó “fruto substancial de él”*.

El resto del mes de mayo no se describe en el monarca ninguna cosa fuera de lo habitual, aunque eso no quiere decir que no continuase con la violencia a raíz de las precauciones con el cual le mudan.

*“Se observa el plausible methodo en servir y asistir a su majestad siempre con incomodidad de los individuos, aunque sin resistirse de ella, haciendosela muy suave el digno objeto que la ocasiona, sin culpa de su voluntad, pues no la tiene de verse en tan portentoso desbarato de ideas”* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 22 de mayo de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

También se menciona que hay días que el monarca come de manera compulsiva, pero en general vuelve a empeorar su cantidad diaria de ingestas, que en los meses antes sí se había incrementado. De la misma manera el rey mantiene ese discurso en relación a su futura muerte.

Todavía a principios del mes de mayo se señala que se podía mantener con el monarca alguna conversación, la cual fue perdiendo con el paso de las semanas. Al acabar el mes de mayo ya se empieza a describir que Fernando VI hace “*gritos disformes*”. Por eso y otras descripciones, se puede considerar para finales de ese mes que Fernando VI está en una situación de demencia avanzada.

Con respecto a otros problemas de salud añadidos. Durante el mes de mayo se describe como los edemas continúan en Fernando VI por la cara, párpados, abdomen, escroto, espalda, manos y pies. Por los edemas los médicos deciden volver a poner al rey el 22 de mayo la ligadura que le habían quitado previamente por higiene.

Otro problema médico añadido son los problemas respiratorios. A mediados de mayo Fernando VI empieza a tener dolor torácico con quejas de punzadas que se acompaña también de más problemas para respirar, tal como describe el Doctor Andrés Piquer en su manuscrito:

*“la respiración que había estado enteramente buena desde entonces empezó á ser laboriosa , sintiendo su majestad opresión en ella, y falta de libertad con cansancio en el hablar, en el beber y en cualesquiera otros movimientos del cuerpo. También desde entonces se empezó á observar un silvo en la garganta que los griegos llaman ranchos y los latinos sibilus”*

Fernando VI sigue sufriendo crisis epilépticas de la cual destaca la sufrida el 7 de mayo, al igual que otros episodios más inespecíficos que se describen como flaquezas y desmayos. Sobre toda esa situación hay que recordar la severa desnutrición del monarca. Para desfigurar más su aspecto, en mayo se le empieza a caer el pelo y la barba, dándole un aspecto aún más cadavérico. Resulta curioso que el 30 de mayo se celebra San Fernando en Villaviciosa. Incluso el propio infante don Luis viene para la ocasión y marcharse al día siguiente. La celebración no deja de ser una especie de homenaje en vida de Fernando VI:

*“Hemos tenido el gusto de ver llegar a las seis menos cuarto de esta tarde al señor Infante, para que a su sombra podamos hacer mañana una reverente memoria del glorioso nombre de nuestro amo, que en tal día se há celebrado otros años con tantas satisfacciones y alegría de toda la corte”* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 29 de mayo de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Se da la paradoja que se quieren enviar cartas de felicitación al rey, algo que se considera inútil porque:

*“es cierto que el rey no puede leer carta de muchos meses ha esta parte y todas que le escriben sus reales hermanos, quedan en mi poder sin subirlas a su majestad en todo tiempo”*  
(Carta de Ricardo Wall a el marqués de Gamonedá del 29 de mayo de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2584)

Se puede considerar finales de mayo como el final de esta etapa en la enfermedad de Fernando VI (Figura 63). Para entonces tenemos una situación de un monarca encamado, desnutrido en una situación ya de inanición y con datos compatibles con una demencia severa.

<b>RESUMEN CUARTA ETAPA ENFERMEDAD FERNANDO VI (VILLAVICIOSA DE ODÓN, MARZO 1759- MAYO 1759)</b>
<b>CONTEXTO DE LA ETAPA</b>
<p>Se espera la muerte de Fernando VI en cualquier momento. Su muerte estaba prevista para marzo desde hacía mucho.</p> <p>Hay mucha rumorología en Madrid sobre la situación de Fernando VI.</p> <p>El infante don Luis se marcha a finales de abril.</p> <p>El papel de los médicos es muy cuestionado.</p> <p>El rey de Nápoles autoriza “<i>violencia respetuosa</i>” para asistir a Fernando VI.</p> <p>Se mejora algo la asistencia e higiene en el monarca.</p> <p>Se hace una junta médica en Nápoles.</p> <p>Se hace llamar a el Dr Suñol y Casal a Villaviciosa.</p>
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES Y CRONOGRAMA DE NUEVOS SÍNTOMAS EN LA SALUD DE FERNANDO VI</b>
<p>El rey sigue encamado y sin controlar esfínteres.</p> <p>El monarca continua con su discurso de una próxima e inevitable muerte.</p> <p>Sobre la cama Fernando VI hace comportamientos aberrantes y continua agresivo, pero cada vez más dócil. Sobre todo desde mediados de abril su situación es cada vez menos activa.</p> <p>La alimentación del rey es escasa aunque mejor que en épocas previas. En ocasiones alterna días donde come de manera compulsiva.</p> <p>Los sueños en Fernando VI siguen siendo superficiales y con componente motor.</p> <p>Las llagas en el monarca empeoran y sangran por rascado pero su progresión se ententece por los cuidados.</p> <p>Aparecen edemas progresivamente en Fernando VI desde marzo.</p> <p>Desde mediados de mayo el monarca tiene problemas respiratorios.</p> <p>El rey tiene una desnutrición severa y se le cae el pelo y la barba a mediados de mayo.</p> <p>A principios de mayo Fernando VI aún podía mantener una mínima conversación, pero a finales de ese mes su situación se puede considerar de demencia severa.</p>

**Figura 63.** Esquema de las conclusiones de la cuarta etapa de la enfermedad del rey.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

### 4.5 Quinta etapa. Demencia severa hasta muerte. Finales de mayo 1759- 10 de agosto 1759.

La última etapa de la enfermedad de Fernando VI, es aquella que corresponde desde que el rey está en una situación de demencia severa hasta su fallecimiento. Cronológicamente corresponde entre finales de mayo al 10 de agosto de 1759.

En esta etapa el monarca estará en una situación de cada vez más inanición y sus síntomas conductuales serán mucho menos floridos que previamente. Por el contrario, las complicaciones médicas añadidas serán cada vez más predominantes. Los últimos días de vida se pueden considerar de agonía por una situación terminal.

El doctor Piquer en su manuscrito describe de manera clara esta etapa final:

*“Después del solsticio del estío hubo por algunos días gritos y voces extraordinarias; y al empezar la canícula cesaron, entrando en su lugar la indolencia y la inacción. Por estos tiempos las ideas de la mente ya no tenían objeto fijo, antes bien eran vagas, desordenadas é inconexas, de modo que por horas enteras hablaba sin que ninguno de los asistentes pudiese atar un discurso, y á veces ni una proposición bien formada; y no solo erraba ya en los juicios, sino también alguna vez en las operaciones del sentido común, ó equivocando los sugetos, ó el lugar de su habitación ú otras cosas de las que tenía presentes....*

*Todas las cosas referidas duraron con permanencia, sin disminución ninguna en lo sustancial, hasta la entrada de la canícula, en cuyo tiempo se acrecentaron las calenturas, la cabeza se descompuso más, la palpitación del diafragma se hizo más fuerte y molesta y las fuerzas se disminuyeron. Desde entonces empezaron á aplacarse los gritos, se disminuyeron los deseos de apuntamientos, faltó el apetito á la comida, dominó el deseo de beber, y en todas las cosas se observaba una especie de inacción que podía llamarse indolencia”*

El galeno fecha esta división el 21 de junio, solsticio del estío, si bien por las otras fuentes analizadas ya a finales de mayo se podría considerar esa situación en el monarca. Hay que tener en cuenta que, como se explicaba previamente, realizar una división en etapas con fechas exactas es algo artificial y erróneo dentro de un proceso progresivo. De hecho, ya se comentó que el monarca empezó a entrar en una fase de más docilidad y menos actividad psicomotora desde finales de febrero que se potenció claramente desde mediados de abril.

Sin duda esta situación de desconcierto prolongado no hace más que aumentar la presión sobre Isabel y el rey de Nápoles. El propio Ricardo Wall pide que desde Nápoles no se haga caso a los rumores porque no dejan de ser tergiversaciones que vienen de *“la malignidad, la pasión, o la ignorancia”*.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Isabel de Farnesio, probablemente la persona no presente en Villaviciosa con más información sobre la situación de Fernando VI, ya había advertido en febrero a su hijo Carlos que los médicos estaban ocultando información, y que los documentos médicos que enviaban a Nápoles no eran completos. En junio se lo vuelve a advertir, pero dándole hincapié a que nadie quiere dejar claro por escrito la mala situación mental y demencia del Fernando VI.

*“En Villaviciosa es un chaos inexprimible, lo que pasa con la discordancia de los medicos, sin duda por las diversas facciones de que están tenidos, siendo la predominante que continue la anarquía sin el rey ni autoridad que la disuelva. No es posible apurar entre tantos la verdad, viendose solo por los efectos que el rey está muy malo de cuerpo y peor siempre mas de espíritu, con lo que el cuidadoso estudio de no hablar ostensiblemente por escrito de la enfermedad mental, hacen de lo que es formal monarquía la mas deforme e informe aristocracia... En Madrid, en tribunales y grandeza, hay varios partidos segun la alianza que cada uno tiene con los de Villaviciosa: publican los unos que el enfermo no está tan demente como se dice. Los otros que al siguiente día se muere. Otros que yá está bueno, y con tales artificios, el de que no les consta de oficio la locura del rey, y no permitir dejarle vér de otros de los señalados para servirle, ván trapeando el tiempo, reyes de si mismo y del reyno, sin pensar con seriedad en legitimo gobierno.”* (Carta de Isabel de Farnesio a su hijo Carlos VII de Nápoles de 27 de junio de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2548)

Con respecto a Fernando VI, durante el mes de junio continuará el “*desbarato de la imaginacion*” y seguirá mostrando “*inquietudes con exceso*”. Sin embargo, el rey está cada vez más tranquilo y dócil, a lo cual se le suma que los asistentes ya saben bien como mudarlo de ropa y cama con más facilidad.

Con la llegada del calor la situación en el cuarto, donde el rey se encontraba encerrado desde principios de noviembre, solo hizo que empeorar. Es por eso que el traslado del monarca a otro cuarto se empezó a valorar a principios de junio. Más aún cuando los médicos consideran que podría intentarse hacer por estar el rey más dócil. Traslado que lógicamente se comenta primero con el rey de Nápoles.

*“El calor va apretando señor, y el ambiente encerrado de meses del quarto que ocupa su majestad, hace preciso, a juicio de los medicos, mudarle en la primera ocasion favorable a otro que esta ya dispuesto de verano con mejores vistas y muy inmediato. Solo temo la resistencia que su majestad puede hacer para estorvarlo, como a lo demas que se propone conducente a su alivio. Pero tenemos pensado como pasarle, aunque sea en su misma camilla y con todas las preocupaciones posibles para que no padezca en el lance.”* (Carta del duque de Béjar a Carlos VII de Nápoles del 19 de junio de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2532)



## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Finalmente se consigue mudar al rey de cuarto el 30 de junio de 1759 “*con la mayor felicidad y sin haver experimentado el menor prejuicio*” y solo con la novedad de “*haverse enternecido algo nuestro venerado enfermo*” (Figura 64 y 65).



**Figura 64.** Aspecto actual del cuarto donde falleció Fernando VI. El castillo de Villaviciosa fue severamente dañado durante la guerra civil. Por lo tanto su aspecto actual está muy reformado con respecto a la época de Fernando VI. El cuarto donde falleció finalmente el monarca es actualmente un despacho. Fotografía obtenida gracias a: España. Ministerio de Defensa. Archivo histórico del ejército del aire. <http://www.portalcultura.mde.es/cultural/archivos/>

Por lo demás, durante el mes de junio Fernando VI sigue con las mismas complicaciones que ya tenía previamente, solo que en un grado mayor.

Hay que recordar la caquexia extrema del monarca y que se le había caído casi todo el pelo de la cabeza y barba, por lo que su aspecto era más bien “*de cadaver que de viviente*”. Para empeorar la imagen del rey, se menciona como Fernando VI sigue comiendo sus excrementos y lo poco que se le entendía decir eran cosas ajenas “*a lo cristiano y racional*”.



**Figura 65:** Placa conmemorativa actual cuarto donde falleció Fernando VI. La placa conmemora el lugar donde falleció Fernando VI. Es interesante saber que realmente el monarca apenas pasó en ese cuarto unas semanas desde finales de junio, cuando se le trasladó. Realmente el grueso de su enfermedad lo pasó en otro cuarto. Fotografía obtenida gracias a: España. Ministerio de Defensa. Archivo histórico del ejército del aire. <http://www.portalcultura.mde.es/cultural/archivos/>

No es de extrañar por lo descrito que a lo largo del mes de julio los médicos parecen cada vez más convencidos de un próximo fallecimiento del monarca. Ese pronóstico ya lo habían advertido varias veces durante los meses previos, pero en esta ocasión el tiempo les dará la razón.

Las dudas y desconfianzas con respecto a los médicos siguen existiendo, sobre todo desde el consejo de Castilla que presiona al duque de Béjar con varias peticiones al respecto. Por esas demandas el duque de Béjar manda informes médicos al consejo de Castilla, algo que no agradaba en Nápoles, y pide durante el mes de julio, en al menos dos ocasiones, que se traslade a Fernando VI a Madrid. Sin embargo, los médicos se oponen a dicho traslado, alegando que el rey no lo soportaría, por lo que no se llega a realizar.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

En julio el consejo de Castilla también presiona al duque de Béjar para que se llame de nuevo a Villaviciosa a los doctores Suñol y Casal. Para contrariedad del consejo, ambos médicos rechazan trasladarse de Madrid alegando motivos derivados de su ancianidad. Es por ese motivo que como alternativa se acaba pidiendo a los médicos que están en Villaviciosa que se desplacen periódicamente a Madrid, para dar conocimiento a la corte y también consultar directamente a Suñol y Casal. Pero una vez más, los médicos de Villaviciosa se oponen a realizar esas solicitudes alegando que no tenían nada más que aportar.

La cuestión de hasta qué punto Fernando VI tiene aún capacidad de juicio es importante en relación a todo lo que tiene que ver con el traspaso de poderes. De hecho, es algo que siempre ha preocupado a todos los actores en juego a lo largo de la enfermedad. Eso es especialmente cierto con el rey de Nápoles, que como se describe previamente, siempre mantuvo una actitud bastante prudente pero cada vez más activa en todo lo que tiene que ver con esta cuestión.

En julio la situación general del monarca es ya tan mala que esa discusión se potencia en la correspondencia analizada. En ella se discute desde cuándo se puede considerar que Fernando VI no tiene capacidad de juicio. Esa respuesta no es fácil y varía en función de los intereses del testigo.

Para los ojos actuales puede parecer absurdo, pero hay que tener en cuenta la mentalidad de la época, los intereses personales en juego, y las discrepancias entre las diferentes fuentes y médicos sobre la gravedad de la situación cognitiva del monarca.

Probablemente la opinión más importante para Nápoles es la de Ricardo Wall, que no dejaba de ser un testigo directo y principal soporte del aparato gubernativo durante toda la enfermedad de Fernando VI. El ministro reconoce las discrepancias de opinión existentes y como hay personas que dicen que el monarca es plenamente consciente de sus acciones. No obstante, Ricardo Wall no duda en decir que si la situación física de Fernando VI es muy mala, la situación mental es aún peor. El ministro afirma rotundamente que no tiene dudas de que el rey había perdido desde hace mucho tiempo la capacidad de juicio. Incluso se atreve a datar esa realidad en el momento que el monarca empezó a dejar de cumplir con su rutina religiosa, es decir a finales de octubre. Desde el consejo de Castilla también se opinaba lo mismo y no dudaban de *“la demencia del rey”* en el momento de que dejó de oír misa.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

*“Los desordenes de la cabeza han sido terribles en la semana: Discursos que estremecen por lo opuestos que son al corazon religioso, pio, y devoto que ha conocido todo el mundo a su majestad. Arrebatos y suciedades, mezclando a su comida sus mismas inmundicias, que solo son creibles en quien tiene los organos descompuestos. Gritos disformes que ha puesto en cuidado a los medicos por el peligro de que se rompa alguno de sus debiles vasos, y en que no há havido emienda. No obstante, haverle representado el cura, seria y christianamente, que se exponía su majestad a riesgo inminente de vida, y que no podía hacerlo en conciencia. Los mismos que ven estos dislates refieren que su majestad conoce muy bien que los hace, y que no pierde el tino en ello ni en otras cosas. Este es un prodigio que solo dios puede descifrar, aunque los hombres deban gobernarse por las reglas que tienen establecidas sus limitados alcances.”*(Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 24 de julio de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

*“desea saber de mi ese soberano, si el rey catholico, su amado hermano, tiene lucidos intervalos, tales que su majestad deba suplir su falta de gobierno, usando de la capacidad y aptitud para él que le concede.*

*Respondo que no sabré poner nombre a la especie de desconcierto que padece el rey en su mente, pero tampoco dudar de que le hay, porque prescindiendo de las extravagancias contra su real decoro que executa casi sin intermision, no se puede creer sino que ha perdido el juicio quien no se detiene en ser homicida de si mismo ( asi debe graduarse a quien busca una enfermedad, se le representa que es grave, desecha los remedios, y solo por fuerza se le obliga, ó por engaño se le persuade a no entregarse al mayor abandono) y quien aviendo nacido catholico christiano, y vivido con señalada virtud y religion, falta en lo mas principal de alma, que es disponerse a bien morir, estando en riesgo evidente, con la confesion comunión y demas actos necesarios. Y que mas testimonio de reconocerle los doctos sacerdotes que le ven y asisten por falto de juicio, que el no insistir sobre que cumpla con aquellas obligaciones de cristiano y decir (yo se lo hé oido al cura) que no está jamas capaz de ellas.*

*Supuesto asi, no está su majestad para gobernar a otros, pues no esta para gobernarse a si mismo”* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 24 de julio de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

Agosto supondrá un empeoramiento franco en la salud de Fernando VI que derivará en su fallecimiento el día 10. Durante los primeros días del mes, el monarca apenas habla o cuando lo hace es de una manera poco entendible, hasta el punto que se examina si el rey tiene algún trapo en la garganta. Todo ello se relaciona en el tiempo con mayores problemas respiratorios y fiebre.

El día 6 de agosto Fernando VI empieza a sufrir continuas crisis epilépticas con pérdida de consciencia posterior. Al principio Fernando VI recupera la consciencia entre los episodios. Gracias a ello se puede dar de beber al monarca tapándole las narices y darle la extremaunción. El cura de palacio asegura a todo el mundo que, en un momento de apenas 15 minutos en el que nadie los vio, encontró de manera sorpresiva a Fernando VI muy bien. Es por ese motivo que el cura asegura que pudo confesar al rey de manera *“muy regular”* para luego volver el monarca rápidamente a su situación previa tan mala<sup>12</sup>. Todos los presentes quedaron muy tranquilos al escuchar

---

<sup>12</sup> Este episodio impresiona de ser falso. Es llamativamente conveniente decir que se ha podido confesar al rey. Se da la circunstancia de que se dice que se ha podido hacer durante unos minutos en los cuales el rey ha estado sorpresivamente bien y sin que ningún otro testigo lo haya podido verlo, por pura casualidad.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

que el rey se ha podido confesar. Incluso, el cura llega a decir que pudo llegar a dar al rey la absolución. Hay que tener en cuenta que para la mentalidad de la época ante una situación claramente terminal era de extrema importancia que se cumplan todos los procedimientos religiosos. Esta realidad es clara hasta el punto de que se informa a Nápoles que, para tranquilidad de todos, se está cumpliendo con Fernando VI todas las obligaciones religiosas correspondientes. Esa asistencia religiosa se estaba dando por el cura de palacio, el confesor del rey y el obispo de Palencia que vuelve a entrar en escena.

Durante esos últimos días el rey apenas recupera la consciencia entre las frecuentes crisis epilépticas, desarrolla más fiebre y más problemas respiratorios.

*“Esta tarde, hallandose aquí el príncipe, há repetido tercera vez a su majestad, y aun há querido dios que no se quede en él. La mejor señal de viviente que se le nota es la de la respiracion, en casi todo lo demas se le vé como un tronco. Tiene un pequeñísimo quejido y ninguna voz; y se le cuele de quando en quando algun poco de caldo.”* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 8 de agosto de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

Los médicos hacen una última junta el 7 de agosto cuyas conclusiones se conservan (Figura 66), aunque el doctor Purcell vuelve a firmar otras conclusiones diferentes.

El día 9 de agosto los problemas respiratorios en Fernando VI se acentuaron con más fiebre, para acabar falleciendo al día siguiente de madrugada tal como concluye el doctor Piquer en su manuscrito:

*“Este día por la tarde empozó á tener un fuerte ronquido, en la noche se le añadió el estertor ó hervidero del pecho; y creciendo estas cosas con calor activo al tacto y con pulsos regulares, pasó hasta las tres de la mañana del día siguiente. A esta hora siendo el estertor sumo, la respiración fatigadísima y la cara encendida, empezó á ponerse pequeño el pulso, y aumentándose su decadencia vino este Príncipe á fallecer á las cuatro y cuarto de la mañana del día diez de agosto.”*

La muerte del rey es rápidamente despachada a Nápoles en ese mismo momento

*“El 10 de agosto de 1759, se llevó Dios al rey nuestro señor Don.Fernando á las quatro y cuarto de la mañana. Se despachó la noticia al momento al rey sucesor Don Carlos con el correo Alonso García Solalinde: por no perder tiempo no se guardo copia de la carta en que la comunico”* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 10 de agosto de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

emplear el tpo mas bien en aliviar  
 à S. M. en quanto nãas fuerzas alen-  
 zen, que en emplearnos en discursos  
 que aunque convenientes, no sacan al  
 enfermo del trabajo presente.

Los Remedios Capitales, que los Me-  
 dicos llaman Cephalicos entendemos  
 que deven proseguirse, y puede aña-  
 dirseles para su mayor eficacia  
 unos granos del Cinabrio, q. contien-  
 plamos especial para las alfevecias.

Villaviciosa 8 de Agosto de 1759.

D. Mig. Borbon D. Jph. Amar D. M. Bern. Anaya D. And. Piquey

**Figura 66.** Conclusiones de junta médica del 7 de agosto de 1759. Uno de los pocos documentos médicos que se conservan. El doctor Purcell firma otras por separado que no se conservan. Los galenos consideran que las crisis epilépticas son un mal que viene de la cabeza y que por lo tanto hay que seguir con los tratamientos cefálicos, como los granos de cinabuo.

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Fernando VI falleció el 10 de agosto a las 4:15 de la madrugada en Villaviciosa de Odón. Tenía 45 años de edad. Sus restos fueron trasladados junto a su mujer al convento de las salesas reales de Madrid, donde reposan actualmente en un espléndido mausoleo (Figura 67). Con ello acaba la quinta y última etapa de la enfermedad (Figura 68)



**Figura 67.** Mausoleo de Fernando VI. Fotografía obtenida desde Wikipedia. Los restos de Fernando VI reposan junto a los de su mujer en el convento de las salesas reales de Madrid. Fernando VI junto a su padre son los dos únicos reyes de España cuyos restos no están en la cripta real del monasterio de San Lorenzo del Escorial.



<b>RESUMEN QUINTA ETAPA ENFERMEDAD FERNANDO VI (VILLAVICIOSA DE ODÓN, JUNIO 1759 - 10 AGOSTO 1759)</b>
<b>CONTEXTO DE LA ETAPA</b>
El rey entra en una situación de demencia severa. El estado de salud de Fernando VI empeora de manera muy rápida. Se cambia a Fernando VI de cuarto para una mejor higiene. Se cuestiona desde cuando Fernando VI no tiene capacidad de juicio. El Dr Suñol y Casal son vueltos a llamar a Villaviciosa pero no acuden. El rey de Nápoles adquiere un papel más activo.
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES Y CRONOGRAMA DE NUEVOS SÍNTOMAS EN LA SALUD DE FERNANDO VI</b>
Todos los problemas médicos previos y la situación general de Fernando VI empeoran en esta etapa con el paso de las semanas. A finales de julio el rey expectora sangre con aumento de los problemas respiratorios. En agosto el rey empieza a sufrir continuas crisis epilépticas. Los últimos días de su vida, Fernando VI no recuperó la consciencia y respira con mucha dificultad y fiebre. Fernando VI fallece el 10 de agosto a las 4:15 de la madrugada.

**Figura 68.** Esquema de las conclusiones de la quinta etapa de la enfermedad del rey.

## V. TRATAMIENTO

La medicina del siglo XVIII sigue anclada en pleno nihilismo terapéutico. El estudio del tratamiento que recibió Fernando VI en su enfermedad es un claro ejemplo de ello (Figura 69).

Todo tratamiento tiene un objetivo dentro de los conceptos médicos de la época. En el caso del rey, Andrés Piquer deja bien claro en su manuscrito cual era el objetivo estratégico a seguir al igual de porque se rechazó no usar otros tratamientos.

*“En la curación, en la parte que á mí me toca, siempre he tenido la idea de corregir el humor atrabiliar y confortar la cabeza y los nervios. Para esto he contemplado que era preciso apartar toda suerte de medicamentos espirituosos, acres, fuertes y cálidos; y por el contrario convenian los que ablandan, suavizan y corrigen la especial acrimonia que domina”*

*“No hemos amontonado más remedios, así porque los melancólicos deben tratarse con gran suavidad y blandura, como porque el fárrago de medicamentos es más propio de curanderos que de médicos, que procuran conocer é imitar á la naturaleza”*

## LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI

Sin entrar en una discusión profunda sobre la terapéutica usada, algo que ya se ha realizado en otros trabajos (Basante Pol, 2010), parece claro que los tratamientos usados en el rey poco efecto beneficioso le pudieron hacer, salvo tal vez el efecto laxante y antitérmico de alguno de ellos. De todas formas, el rey nunca fue un buen cumplidor terapéutico, con una actitud general de no hacer nunca caso a las recomendaciones médicas y rechazar sus tratamientos. Circunstancia que se refleja muy bien en las cartas analizadas y que recoge también Andrés Piquer en su manuscrito.

Para finalizar el análisis de la terapéutica usada hay dos curiosidades a destacar.

La primera curiosidad, tiene que ver con que en la correspondencia investigada está descrito lo que, con una mirada actual, parecer ser la búsqueda de un efecto placebo por parte de los médicos, algo conceptualmente llamativo para la época, tal como recoge el infante don Luis:

*“Anoche se empeño en que le diesen el laudano<sup>13</sup> para dormir, pero no se lo dieron. Para aquitarle le recetaron una bebida que no le podía acer ni bien ni mal y le icieron creer que era lo que pedía y la tomo, pero no por eso se sosego. Tuvo una rabia mui fuerte con Amar y le tiro una de las almoadas en que esta recostado”* (Carta del infante don Luis a su madre del 26 de diciembre de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2593)

La segunda curiosidad está en relación al posible uso de opio como tratamiento. El uso de láudano se menciona en algunas ocasiones. Además, en una conversación entre dos personas que no eran testigos directos, el marqués de Gamoneda y el príncipe de Yachi, sí se menciona que al rey le estaban dando opio (Mateos Dorado, 1989). En todo caso, existen autores expertos en historia moderna que consideran probable y natural el uso de opio para tratar al rey (Gómez Urdáñez, 2013b).

*“Como la salud del rey por naturaleza se va extinguiendo y que el reposo que toma es a fuerza de opio, no parece que dure y algunos medicos piensan que cuando mejore le quedara para siempre la demencia”* (Carta del príncipe de Yachi a el marqués de Gamoneda del 2 de diciembre. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2483)

---

<sup>13</sup> Bebida preparada a base de opio. Usada en la farmacopea tradicional para tratar dolores, adormecer y tratar la ansiedad, entre otros objetivos.

<b>TRATAMIENTO USADO EN LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI</b>
<b>INICIALMENTE</b>
Sangrías. Mana. Leche de burra con el jarabe sceletirbico de Torresto (compuesto cohlaria y becabunga). Caldos de: galápago, ranas, ternera, víboras.
<b>ANTE EL AUMENTO DEL MAL MELANCÓLICO</b>
Quina en el electuario perviano epiléptico de Fuller.
<b>ANTE EL ESTREÑIMIENTO</b>
Lavativas. Emolientes de: malva, la mercurial, flor de violeta, mero lenitivo.
<b>OTROS TRAMIENTOS POSTERIORES</b>
Baños a la cabeza resolutivos blandos y confortantes. Gelatina de asta de ciervo con vívoras tiernas. Confecciones de: gentil y de jacintos, polvos de madre de perla y del marqués, jarabe de borraja y escorzonera con agua de tila y de cerezas.

**Figura 69.** Tratamiento recibido en Fernando VI.

Lista de tratamiento sacada del manuscrito de Andrés Piquer y los otros documentos analizados. Con una mirada actual el tratamiento resulta esperpéntico. Dudosamente el rey pudo tener algún efecto beneficioso del tratamiento que recibió, salvo los efectos laxantes y antitérmicos.

## **ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA**



# ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

## I. INTRODUCCIÓN.

Andrés Piquer dedica una parte importante de su manuscrito a discutir los síntomas de Fernando VI. Demostrando su genialidad, el galeno hace una división de los síntomas en dos grupos. Los “*Pathognomónicos*” que son aquellos propios de la dolencia, y los “*Epiphenómenos*” que son los que sobrevienen por causas contingentes. Andrés Piquer considera como síntomas propios de la enfermedad solo a la descompostura de la mente. En cambio, incluye dentro de los síntomas sobrevenidos o epiphenómenos: la extenuación, fiebre y las convulsiones.

La discusión que hace Andrés Piquer de todos los síntomas resulta muy interesante dentro del contexto de la medicina de la época y resulta muy útil como fuente de información primaria, especialmente desde el punto de vista descriptivo. En el resto de documentación investigada no se hace ningún análisis de la sintomatología y solo se enfoca a la descripción pura de los síntomas. Eso es así porque principalmente las cartas analizadas han sido escritas por personas ajenas a la medicina. Sin embargo, la lectura de los síntomas que describen los otros testigos complementa perfectamente con la visión algo más técnica o analítica que hace Andrés Piquer. Tras analizar la sintomatología que sufrió Fernando VI en su enfermedad, se pueden extraer los siguientes grupos sintomatológicos (Figura 70): trastornos conductuales, problemas cognitivos, crisis epilépticas, pérdida de masa corporal, edemas, debilidad y otros síntomas relacionados, fiebre, problemas respiratorios y otros.

<b>PRICIPALES SÍNTOMAS Y SIGNOS EN LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI</b>
Trastornos conductuales.
Cognitivos.
Epilépticos.
Pérdida de masa corporal, edemas, debilidad y otros síntomas relacionados.
Fiebre.
Problemas respiratorios.
Otros.

**Figura 70.** Esquema de los principales síntomas en la enfermedad de Fernando VI.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

### II. SINTOMATOLOGÍA CONDUCTUAL.

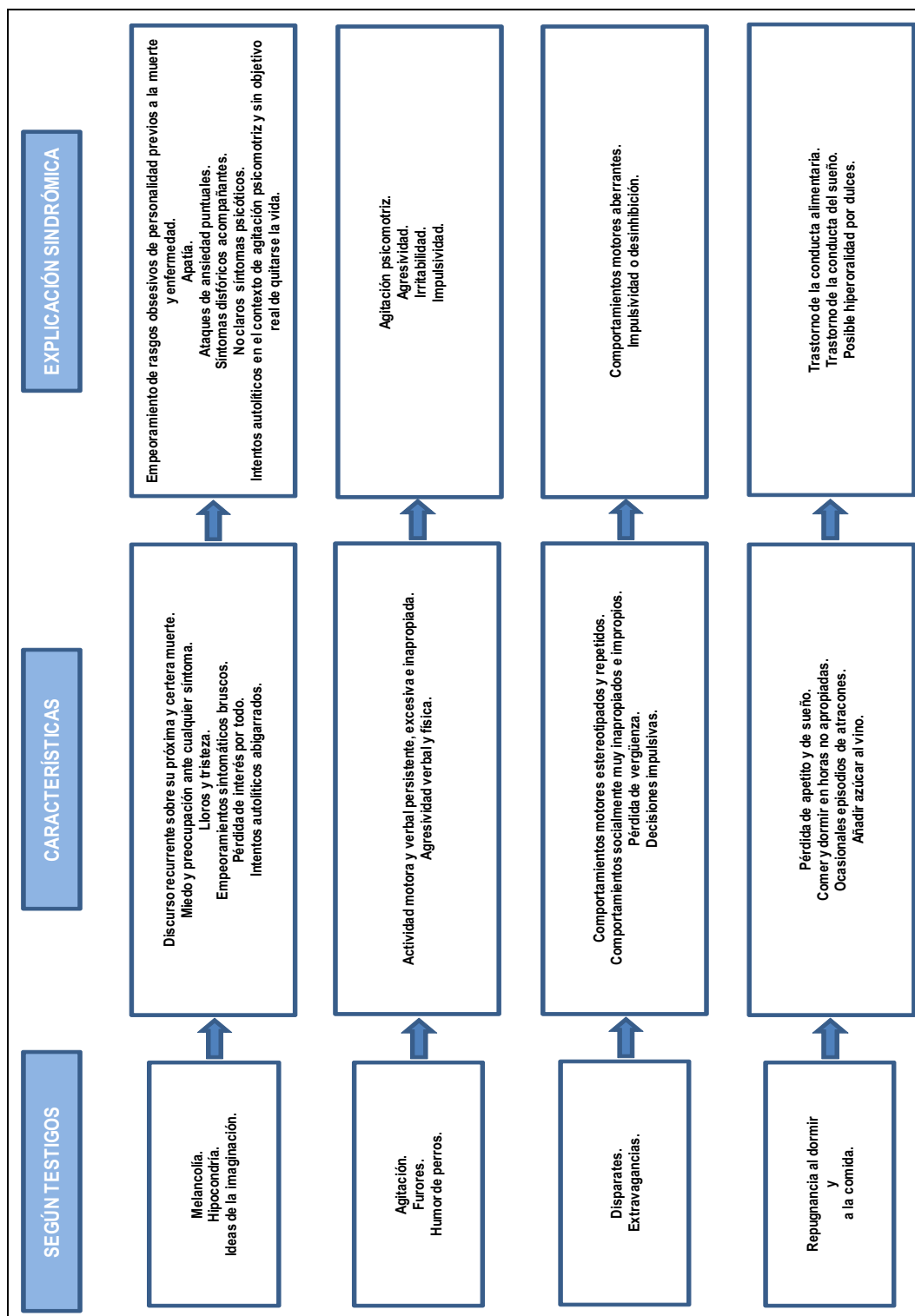
La lectura de lo sucedido con Fernando VI durante su enfermedad es ante todo la descripción de un individuo que sufre una severa desorganización conductual. El análisis de los trastornos conductuales desarrollados por Fernando VI permite ver una serie de sintomatología psiquiátrica o neuropsiquiátrica, junto con una potenciación de sus rasgos de personalidad obsesivos. Es de gran importancia aclarar que el desarrollo de los síntomas conductuales fue progresivo, con una tendencia a una mayor expresividad clínica, pero con unas características sintomáticas bastante constantes. En otras palabras, no es que Fernando VI sufriera una sintomatología conductual de unas determinadas características, para luego tenerla de otras características diferentes. Sino que de manera progresiva fue desarrollando una mayor severidad clínica de un mismo fenómeno sintomático, junto con la adhesión de nuevos síntomas conductuales a los previos.

Este hecho es fundamental y clave para entender los síntomas conductuales durante la enfermedad de Fernando VI. El cual se comprueba tras analizar toda la correspondencia investigada, aunque también es así aclarado por Andrés Piquer en su manuscrito:

*“Las ideas depravadas de cada día han sido más, y no se refieren aquí por menor las particularidades extravagantes de todas ellas, y de las operaciones que las han acompañado, porque no se contempla preciso. Pero es necesario saber que ningún día ha habido (y esto sin excepción) desde que tengo la honra de estar á los pies de S. M., en que no hayan existido las melancolías en más ó menos grado sin interrupción, guardando siempre las correspondencias antes propuestas.”*

El inicio de los síntomas conductuales fue insidioso y camuflado por la tristeza del rey por la enfermedad de la reina, ya en el verano de 1758 o incluso antes. La sintomatología conductual empezó de manera más clara para los testigos en septiembre de 1758 y el zenit clínico se dio en febrero de 1759. Fue a partir de mediados de abril de 1759 cuando se fue simplificando las alteraciones conductuales, cuya expresividad clínica empieza a estar ya bastante apagada a partir de finales de mayo de 1759. Finalmente se llega a una situación final donde las alteraciones conductuales tienen una menor trascendencia clínica, y que parece correlacionarse con una muy mala situación cognitiva (Figura 71 y 72).

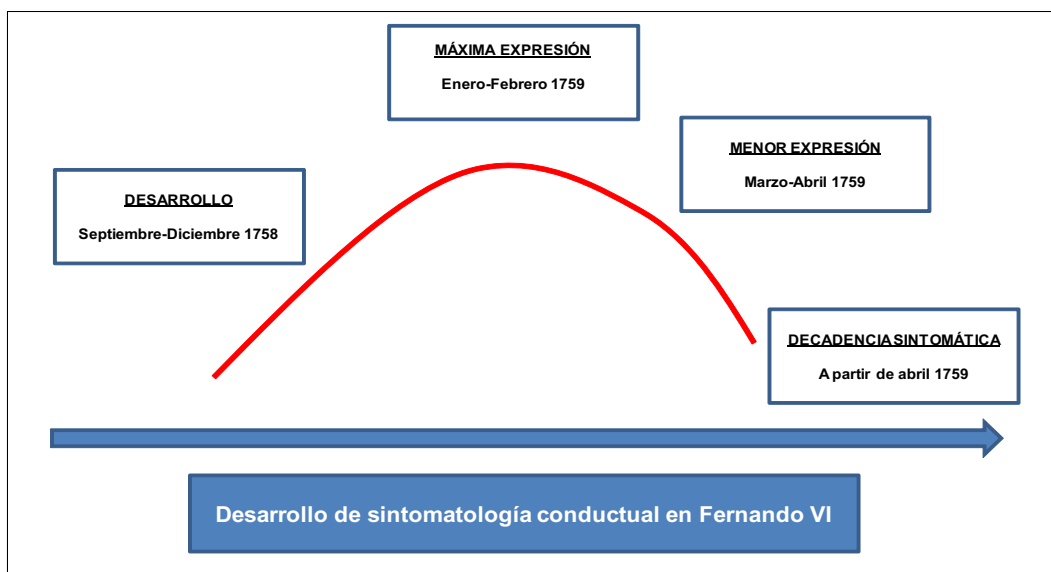
## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA



**Figura 71.** Esquema de la sintomatología psiquiátrica que desarrolló Fernando VI. Siguiendo el relato de los testigos se pueden diferenciar 4 grandes grupos de trastornos conductuales. En su análisis se extrae diversa sintomatología neuropsiquiátrica.



## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA



**Figura 72.** Cronograma de la evolución de la sintomatología conductual. De manera general la sintomatología conductual empezó de una manera más clara en septiembre de 1758. Previamente el monarca ya tenía cierta sintomatología, pero parece camuflada o explicada para los testigos dentro de un esperable duelo por la enfermedad de la reina. La máxima expresión de esta sintomatología se dio a finales de febrero de 1759. A partir de mediados de abril de 1759 los síntomas empiezan progresivamente a perder expresión clínica, en correlación a un aumento de una mala situación cognitiva.

Los síntomas y signos psiquiátricos engloban todos aquellos que se expresan por alteraciones conductuales o psicológicas. Estos síntomas y signos tienen una gran prevalencia en pacientes con patología neurológica, incluido en los pacientes con problemas cognitivos, sintomatología que se conoce como neuropsiquiátrica (Cummings, Mega et al., 1994, Cummings, 1997).

Realmente esa visión diferenciada entre trastornos psiquiátricos y trastornos cognitivos como dos tipos de patología diferenciada, está actualmente superada. Históricamente la sintomatología psiquiátrica se ha visto como un epifenómeno de un deterioro cognitivo, en la cual dichos síntomas y signos complicaba un trastorno cognitivo primario. Esa aproximación conceptual ha cambiado en la actualidad con una visión más integradora de ambos espectros clínicos (Onyike, 2016).

Para realizar una aproximación y análisis de las diferentes alteraciones conductuales que sufrió Fernando VI, se ha decidido seguir las descripciones o denominaciones que hacen los testigos de las mismas.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

### 2.1 Sobre las diferencias conceptuales con respecto al siglo XVIII.

Uno de los mayores problemas a la hora de analizar la sintomatología conductual en Fernando VI, son las diferencias conceptuales en la utilización de una serie de términos. No hay que olvidar que estamos en un contexto del siglo XVIII, por lo tanto, sería un error una traducción conceptual directa de un término con respecto a su significado actual.

Como ya se ha explicado previamente, la medicina del siglo XVIII aún tenía una gran influencia de la medicina tradicional galénica y estaba dando los primeros pasos hacia una medicina más moderna. Por lo tanto, para comprender mejor a los testigos de esa época es imprescindible aproximarse, aunque sea superficialmente, a su modo de entender las cosas. Esta realidad es especialmente relevante en el sobreuso por los testigos de términos como: melancolía, manía, vapores e hipocondría.

Uno de los problemas para entender el pensamiento de la medicina clásica es la falta de uniformidad de criterios a la hora de referirse a enfermedades<sup>14</sup>. Es particularmente importante recordar que el concepto de entidad nosológica empieza a establecerse en la edad moderna.

Para la medicina griega clásica, el concepto de delirio o manía representaba la alteración general del espíritu, que confrontaba a un delirio con afectación más parcial, denominada melancolía<sup>15</sup>.

La manía podría entenderse como lo que hoy sería cualquier cuadro psiquiátrico agudo, especialmente si se acompaña de agitación (Martínez Conesa, 1991, Horacio de Freitas, 2016).

El resto de patologías mentales más crónicas podrían estar englobados dentro del término melancolía. Si bien es cierto que una aproximación psicológica actual al concepto clásico de melancolía viene marcada principalmente por el miedo y la tristeza (Horacio de Freitas, 2016), conviene advertir que estos dos componentes no eran estrictamente necesarios.

A lo largo del siglo XIX las ideas se fueron transformando, con el declive la teoría humoral. Inicialmente se empezó a tener en cuenta el papel de las pasiones en la naturaleza de la melancolía y posteriormente se empezó a considerar la manía y melancolía como trastornos de signo opuesto,

---

<sup>14</sup> Se dice que Hipócrates, el padre de la medicina, habla de enfermos no de enfermedades.

<sup>15</sup> Melancolía viene del griego *melas kholé* (Bilis negra). Término que se encuadra con la teoría hipocrática de los humores.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

pero de idéntica naturaleza, denominándose episodio de excitación y depresión. Pensamiento que acabó evolucionando hasta los conceptos actuales de los trastornos del ánimo.

Andrés Piquer ocupa gran parte de la fundamentación y discusión de esta tesis. Piquer ya parte de un pensamiento donde las entidades nosológicas son más consistentes y las enfermedades se caracterizan por sus síntomas propios y evolución. En su manuscrito sobre la enfermedad de Fernando VI, hace un resumen sobre la concepción clásica de estos temas, con la particularidad de su visión de considerar la melancolía y manía como partes de una misma entidad nosológica, idea que ya rondaba en el ambiente médico desde hacía algo de tiempo, pero que Piquer clarifica por escrito (Peset, 1957):

*“La melancolía y la manía, aunque se tratan en muchos libros de medicina separadamente, son una misma enfermedad, y solo se diferencian según los varios grados de actividad y diversidad de afectos del ánimo que en ambas concurren. Hipócrates en sus Aforismos dice así: Si el miedo y la tristeza perseveran mucho tiempo es señal de enfermedad melancólica. Y cualquiera que esté medianamente versado en los escritos de este Príncipe de la medicina sabe que cuando usó la voz manía la tomó muchas veces por el delirio que va con temor y tristeza. Alejandro Tralliano, escritor griego del siglo V, ya notó que estas dos enfermedades solo en los grados de fuerza se distinguían; pero Hoffman últimamente ha tratado esto de propósito, y lo ha desmostrado cotejando lo que de la melancolía dicen Hipócrates, Galeno y Areteo con lo que el Rey padece se verá evidentemente que esta es su dominante enfermedad. Dice Areteo: “A mí me parece que la melancolía es el principio y una parte de la manía. Es la melancolía una aflicción del ánimo que está siempre fijo é inherente á un mismo pensamiento y sin calentura”.....*

*...Los caracteres de esta dolencia los pinta así Areteo “Esta enfermedad suele venir entre los treinta y cinco y cincuenta años. El estío y el otoño la engendran, la primavera la termina. Andan los pacientes pensativos y tristes con el ánimo inquieto y abatido sin causa ninguna, y éntrales la melancolía sin haber motivo competente: son propensos á la ira , tienen muy poco ánimo, están desvelados, y si llegan á dormir, despiertan con más conmoción. Cuando el mal va en aumento se llenan de miedos y temores; y si hacen alguna cosa llevados de furor, luego se arrepienten de ello. Después aborrecen á los hombres, se quejan de cosas vanas, miran con horror su propia vida y apetecen la muerte. A algunos de estos la muerte llega á tal punto de estupidez que viven como si fueran fieras, olvidándose de sí mismos y de su propio decoro. Aunque sean aptos á tomar el alimento, con todo se extenuan y enflaquecen, por donde el vientre anda estítico sin echar nada, y si algo arroja es seco, apelonado y de color negro. La orina es poca, cálida y picante. Abundan de muchísimo flato: tienen los pulsos pequeños, tardos, débiles y frios. Si el humor que causa este mal se apodera de todo el cuerpo, de modo que ocupe los sentidos, la mente, la sangre, la cólera y los nervios, entonces es incurable, y trae y ocasiona otros males, como las convulsiones, las perlesías, el furor, los cuales entonces no admiten curación. Algunos furiosos de enojo se rasgan los vestidos, dañan á los que les sirven, y aun á sí mismos, y á cuantos se les ponen delante. Son, si la dolencia es fuerte, más ingeniosos que antes, y tienen los sentidos perspicasísimos: se vuelven desconfiados, se enojan sin motivo, se entristecen y temen sin causa. El oído le tienen vivísimo. Toman la comida con afán y voracidad. En algunos se ponen los ojos encendidos y ensangrentados, y no tienen reparo á veces de exonerar el vientre á la vista de todos: no quieren admitir las conversaciones del trato familiar; y si se les reprende por algo, se ponen airados y furiosos. Andan á veces un largo espacio y concluido lo vuelven a comenzar y repetir “.” Es cosa bien especial, dice Galeno, que estos enfermos temen mucho la muerte, y no obstante algunos de ellos violentamente se la han procurado. En Olintho, dice Hipócrates, que Parmenisco padecía grandes melancolías y tenia*

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

*deseos de morir. Dormía bien, y solo alguna vez estaba desvelado. Aunque le diesen de beber, no quería hacerlo muchas veces ni en todo el día, ni en la noche; pero en antojándosele cogía el jarro y de una se bebía toda el agua. La orina era crasa como la de los animales.”*

En su obra “*Praxis médica*” (Peset, 1957), Andrés Piquer aclara aún más el concepto contemporáneo de manía y melancolía y desarrolla la idea integradora de unirlos dentro de una misma entidad nosológica:

*“Melancolía y manía son dos términos que designan una misma enfermedad, acompañada de diversos afectos de ánimo; pues cuando la mente enferma es conmovida por el temor y la tristeza, llamamos melancólico al enfermo, y cuando lo es por furor y audacia, maniaco; sin embargo, la misma enfermedad afecta las mismas partes, supone el mismo vicio preternatural y, con vicisitudes alternantes, produce unas veces furor, otras temor, con daño de la razón. Por consiguiente, el afecto melancólico-maniaco es una lesión de la mente, unas veces con temor y pesadumbre, otras con furor y audacia, frecuentemente sin fiebre, pero alguna vez asociada a una fiebre en modo alguna aguda, sino leve”*

La histeria en la mentalidad de la medicina clásica, abarcaría un elevado grupo de síntomas o enfermedades muy diversas que hoy englobaríamos dentro de la patología psiquiátrica y neurológica. La medicina galénico-tradicional explicaba la aparición de la histeria a partir de los humores corrompidos en el útero<sup>16</sup> cuyos “vapores” resultantes alteraban las funciones orgánicas. Por ello, esa teoría restringía esa enfermedad exclusivamente a las mujeres. No fue hasta ya entrado la edad moderna cuando se empezó a considerar de manera clara que la histeria era una entidad nosológica que aparecía en ambos sexos.

La patogenia de la hipocondría era paralela a la de la histeria. En este caso los “vapores” se producían a expensas del predominio patológico de uno de los cuatro humores, concretamente de la bilis negra o atrabilis, que corrompían a los órganos situados en el hipocondrio.<sup>17</sup>

El desarrollo posterior de la medicina en el siglo XVII, ya entiende al sistema nervioso como un sistema unitario y regulador de la fisiología. Ese adelanto permitió entender a todas estas enfermedades como un problema del sistema nervioso, y concretarlas dentro de una entidad nosológica llamada “*enfermedad nerviosa*”. Si bien en el siglo XVIII los estados melancólicos, con la concepción ya explicada, se les denominaban también vapores o hipocondrías.

---

<sup>16</sup> Histeria viene de la palabra griega *hysteron*, que quiere decir útero.

<sup>17</sup> Ese es el origen de la palabra hipocondría, por los órganos del hipocondrio

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

### 2.2 Melancolía, hipocondría y las ideas de la imaginación.

Con una visión actual, los síntomas que se describen en Fernando VI dentro de los términos melancolía, hipocondría e ideas de la imaginación, son muy diversos. La lectura y análisis de todos los documentos permiten un mejor discernimiento que se expone a continuación.

En el tiempo transcurrido durante la enfermedad y posterior muerte de la reina, Fernando VI mostró una clara tristeza. Esta se demuestra en que el rey lloraba al hablar de su mujer y es descrito como “*poseido de su pena*” y como una persona realmente triste. Además, se empieza a mencionar en el rey un menor apetito y una falta de sueño.

Los síntomas de tristeza, falta de energía, tendencia a llorar que se dan durante la enfermedad y muerte de la reina, se encuadran dentro de un estado de duelo. Es decir, dentro de una situación de adaptación emocional ante una pérdida de una persona cercana y querida.

Posteriormente, a partir de mediados de septiembre de 1758 en adelante, Fernando VI se le sigue describiendo como melancólico, pero con un fondo conceptual que con una visión actual impresiona de diferente.

En relación a esta discusión, es muy interesante como describe y analiza Andrés Piquer en su manuscrito los síntomas melancólicos que tiene Fernando VI durante gran parte de su enfermedad (Figura 73):

*“Con estas disposiciones enfermó el Rey el día 7 de septiembre del año 1758 en el Palacio de Villaviciosa, adonde se trasladó S. M. desde Aranjuez; y según la relación de los médicos que entonces le asistían, se empezó la dolencia á manifestar con temores muy vivos en que temía morir, ó ahogarse ó que le daría un accidente...”*

*.... Padecía unos temores sumos creyendo que cada momento se moría, ya porque se sentía ahogar, ya porque le destrozaban interiormente, ya porque le iba á dar un accidente. Esto lo decía y repetía tantas veces y con tal vehemencia que eran innumerables, y sin que ninguna suerte de persuaciones ni convencimientos alcanzasen á detenerle, prorumpía sin cesar en lo mismo, y estaba fijo y adherente á estas ideas tristes y melancólicas sin dar lugar á que se hablase ni tratase de ninguna otra cosa. Como el Rey no cesaba de decir sus melancolías y quería que precisamente se le respondiese á ellas, no pudiéndole satisfacer nada por no permitirle la fuerza de su mal, sucedía que unas mismas quejas del paciente en forma de dudas ú de preguntas , y una misma respuesta de los médicos y demás asistentes se repelían uniformemente por horas enteras, y á veces por todo el día y parte de la noche sin cesar, cansándose S. M. á sí mismo , y sirviendo de tristeza á todos el verle en este estado....*

*....siempre estaba más agitado de las ideas melancólicas cuando acababa de despertar, que cuando iba á dormir. Todos los días tenía aumentos de su enfermedad melancólica que venían á ciertas horas, y por lo común empezaban hacia el mediodía y duraban mucho tiempo. En ellos comenzaba poco á poco á alterarse la fantasía y lo demás que la acompañaba....*

*....Es así que S. M. en cinco meses de enfermedad siempre ha tenido fija y adherente la idea de la muerte con indecible angustia del ánimo, de modo que nunca ha permitido que en su presencia*

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

*se hablase de otra cosa que de esta idea; y si por ventura alguna vez se procuraba con maña divertirle en otros asuntos, al momento la fuerza del mal le despertaba este pensamiento.”*

Los otros testigos describen también la misma situación. Por todo ello se puede decir con rotundidad que desde septiembre de 1758 el discurso de Fernando VI fue predominantemente en relación a su próxima muerte. Desenlace que el monarca consideraba como próximo, inevitable y certero. En relación a ese discurso, el rey consideraba cualquier síntoma que tenía como algo malo y relacionado con su futura muerte.

Esas ideas de muerte recurrentes estaban ocasionando a Fernando VI un gran malestar. El rey estaba triste, lloraba y mostraba una actitud pesimista. Sin embargo, esas ideas de muerte no eran sobre un deseo de morir, sino todo lo contrario. Esa diferencia es importante y fundamental en esta discusión, ya que permite diferenciar lo que se considera un pensamiento obsesivo de una próxima muerte, a un pensamiento depresivo sobre un deseo a estar muerto. En Fernando VI esos pensamientos obsesivos sobre la muerte no eran nuevos y parecen relacionados con sus rasgos de personalidad previos. Como ya se ha explicado previamente en esta tesis, a lo largo de su vida Fernando VI es descrito como una persona obsesionada y temerosa de la muerte y la enfermedad. No es de extrañar por ello, que sus pensamientos de muerte y enfermedad sean también definidos como de hipocondría por los testigos. De hecho, la hipocondría se describe literalmente como exaltada.

Es curioso como en los documentos a veces se describen “*ataques de melancolía*” o que el rey está “*agitado de las ideas melancolicas*”, o que le daba “*congojas*” por la melancolía. Esas frases puestas en su contexto, parecen episodios en los cuales en el rey se potenciaba el discurso sobre su futura muerte y que asociaban una mayor ansiedad.

En relación a la discusión sobre la melancolía de Fernando VI, resulta de gran interés analizar los intentos autolíticos. Fernando VI empezó a tener varios comportamientos autolesivos durante los meses de enero, febrero y marzo de 1759. El análisis de estos episodios resulta de gran importancia, ya que las ideas e intentos suicidas son característicos de un trastorno depresivo mayor.

este modo otras cosillas que indicaban ya claramente su dolencia. Dormía bien, pero siempre que despertaba eran los temores y melancolías mayores que ántes; y con este motivo dejó la cama y se puso en una camilla infeliz, que es la que hoy mantiene. Creyó también que la comida le exasperaba, porque después de ella se sentía más agitado de las melancolías, y por esto algún tiempo estuvo tomando solo la cena, bien que á horas intempestivas. Después de todo punto se quitó la comida sólida, y solo tomaba caldo de tarde en tarde: solía entonces hacer unos paseos por su cuarto tan porfiados que duraban diez y doce horas, y poco á poco se iba enflaqueciendo. Bajóle á una pierna una hinchazón con dolor y rubicundez, que le obligó á dejar los paseos; y aunque algunos lo atribuyeron á estarse S. M. tantas horas en pie, mas natural era tenerlo por expulsión del humor malo desde las partes internas hasta las externas. Lo que he referido hasta aquí es lo que en sustancia oí á los médicos que asistían á S. M. El día 25 de noviembre de 1758 empecé yo á ver á S. M., y lo que entonces observé era esto.

Padecía unos temores sumos creyendo que cada momento se moría, ya porque se sentía ahogar, ya porque le destrozaban interiormente, ya porque le iba á dar un accidente. Esto lo decía y repetía tantas veces y con tal vehemencia que eran innumerables, y sin que ninguna suerte de persuasiones ni convencimientos alcanzasen á detenerle, prorumpía sin cesar en lo mismo, y estaba fijo y adherente á estas ideas tristes y melancólicas sin dar lugar á que se hablase ni tratase de ninguna otra cosa. Como el Rey no cesaba de decir sus melancolías y quería que precisamente se le respondiese á ellas, no pudiéndole satisfacer nada por no permitirlo la fuerza de su mal, su-

**Figura 73.** Extracto del manuscrito de Andrés Piquer. El galeno describe magistralmente toda la sintomatología que observó en el monarca, donde destaca lo que el considera melancolía.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

Los intentos autolíticos en Fernando VI son llamativamente abigarrados y en el contexto de gran agitación o agresividad acompañante. Como se describen previamente, durante un tiempo Fernando VI pide a gritos y furioso que le den armas de fuego, cuchillos, tijeras o veneno para poder matarse. Todo ello acompañado de ese discurso de que se va a morir igualmente. En varias ocasiones Fernando VI llega a hacer algún intento autolítico, pero con dudas razonables de que realmente no tenía un propósito autolesivo o suicida. En relación a esta afirmación se dan varios ejemplos muy bien descritos en la correspondencia.

Un episodio claro es cuando el rey escondió una tijera sentándose encima de ella. Varias horas después los asistentes se dieron cuenta de que la tijera debía de tenerla el rey y fueron a por ella. En ese momento y delante de todos, Fernando VI hace el intento de autolesionarse con ella sin éxito y acaba mordiendo a los asistentes. Si el monarca realmente tenía la idea premeditada de suicidarse tuvo varias horas para poder hacerlo y no lo hizo, ya que esperó a que los asistentes fueran a buscar las tijeras. Otro ejemplo es cuando el monarca se mete vidrio en la boca delante del doctor Purcell. Parece que el rey llevaba tiempo con el vaso de vidrio escondido y seguramente tuvo la oportunidad de auto dañarse en otro momento, pero esperó a meterse el vidrio en la boca a estar delante del galeno. Además, en vez de tragar los vidrios, que hubiera sido realmente dañino, los retiene en la boca. Finalmente, Fernando VI los expulsa sin tragarlos tras convencerle el doctor para ello.

En otro episodio posterior Fernando VI advierte a los demás de que tiene más vidrio escondido y que lo va intentar tragar de nuevo. Ello obliga a sus asistentes a realizar una búsqueda intensa del vidrio sin ningún éxito. Finalmente, y a la vista del fracaso de la búsqueda, el rey se mete delante de todos los trozos de cristal que tenía escondido. Los asistentes desesperados le ruegan que los escupa y tras un tiempo el monarca así lo hace. En este nuevo episodio sí parece claro que el monarca realmente no tenía un objetivo propositivo de suicidarse.

Existen más episodios como cuando el monarca intenta ahorcarse con los trozos de una camisa. Una vez más el episodio es abigarrado y acompañado de nuevo de una gran violencia física ya que el rey posteriormente destroza las sábanas con la boca.

Por todas estas razones, los intentos autolíticos que se describen en Fernando VI no impresionan o no se pueden considerar realmente como conductas con objetivos suicidas.



## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

Otro de los aspectos importantes sobre la melancolía de Fernando VI es la total falta de interés para realizar las actividades. Eso es compatible con una gran apatía (Marin, 1990).

La apatía es entendida como un síndrome amotivacional donde el individuo no tiene energía o motivación para realizar actividades ni iniciativa (Levy, Cummings et al., 1998). La prevalencia de la apatía es alta en trastornos depresivos o cognitivos, pero conceptualmente se trata de una sintomatología específica y no atribuible a alteraciones de nivel de conciencia, trastornos cognitivos y estrés emocional (Marin, 1990).

El caso de Fernando VI, la apatía hace su presencia de manera clara desde el principio de la enfermedad, y se puede considerar como el principal síntoma durante las primeras semanas.

Durante la estancia en Aranjuez, en la agonía y muerte de la reina Bárbara, se describe a Fernando VI como a una persona claramente apática. Andrés Piquer menciona literatamente que el rey tenía "*repugnancia á hacer las cosas regulares de la vida*" incluido "*salir al campo*". La apatía era tan clara que se le insiste al monarca a que salga a dar una vuelta todas las tardes con el infante don Luis, para que haga algo de actividad física.

Una vez en el castillo de Villaviciosa de Odón resulta curioso como los primeros días el monarca sale a cazar, juega a los naipes y cena con el infante don Luis. No parece por lo tanto que el monarca estuviera muy apático, si bien como se ha dicho previamente, había datos para pensar que la situación del monarca era peor de la que se describe esos días.

Como se ha descrito con anterioridad, a mediados de septiembre de 1758 empieza a describirse con fuerza de nuevo un comportamiento muy apático en Fernando VI. El rey se encierra en su cuarto, se pasa el día en la cama, abandona de manera rápida sus obligaciones como monarca, no escribe más cartas, ordena que no se celebre su cumpleaños, el cual se lo pasa metido en la cama. Fernando VI no quiere ver a las personas que vienen a verlo, incluido a Farinelli. El rey no hace caso a las recomendaciones médicas, deja de vestirse y tienen que convencerlo y animarlo para que lo haga. Es muy llamativo como Fernando VI deja de hacer todas sus actividades de ocio: cazar, jugar a los naipes, incluso acaba dejando de verse con el infante don Luis, su principal apoyo personal. De la misma manera, el rey dejó muy pronto de cuidar su imagen y abandonó por completo su higiene. El rey tampoco dejaba que le asearan ni le cortaran el pelo ni la barba. En cierta manera, habría que considerar inicialmente este comportamiento como apático.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

La apatía también parece la causa de la pérdida del comportamiento religioso en Fernando VI. El rey deja de asistir a misa y no quiere saber nada de su confesor. Sin embargo, el monarca sí mantiene otros comportamientos religiosos que tienen más relación con su obsesión y miedo a su muerte, como es pedir la extremaunción o un cura para confesarse de manera repetida.

Para finalizar, hay que hablar sobre la posibilidad de que el rey pudiera tener alucinaciones, delirios, o cualquier síntoma que le afecte a su percepción de la realidad. Es decir, lo que se conoce como síntomas psicóticos. Sin embargo, se puede decir con bastante firmeza que el rey no desarrolló claros síntomas psicóticos, o al menos estos no fueron clínicamente relevantes (Sadock, Sadock et al., 2015).

Es cierto que se habla de que el rey tenía “*ideas de la imaginación*” o “*fantasía*” pero esas palabras, puestas en su contexto, parecen relacionadas con sus ideas obsesivas sobre su muerte próxima. De la misma manera, Fernando VI llegó a decir en alguna ocasión que ya estaba muerto, o que notaba algo en su interior que le impedía cumplir con las recomendaciones médicas:

*“el rey esta aora mas quieto, y parece que quiere dormir, pero no ai forma de acer sus menesteres, aun que tiene ganas. Dice que bien conoce que para curar es menester que [...] y que la razon lo dicta asi, pero que tiene otra cosa interior que le dice que no y puede mas y por eso no lo hace”* (Carta del infante don Luis a si madre del 20 de enero de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2593)

*“vuestra merced me pregunta en su carta de aier como tomo el rey el averse quitado el luto. Ya se lo escrivi a mi parecer anoche a vuestra merced, pero mas vale acerlo dos veces. A los primeros que entraron sin el, que un aiuda de camara y Amar el medico, les pregunto que porque se avian quitado el luto. Ellos les respondieron que como avia mandando que el luto durase seis meses que se avian ya cumplido, que por eso se lo avian quitado y que para traerlo mas tiempo era preziso que diese nuevo decreto, mandandolo lo traeremos, con eso se sosego. Despues empezo a decir que lo avian de traer por el porque ya estava muerto. A eso le respondio Amar que, si estava muerto le tocaba a otro el dar la orden para los lutos y no a el, con que con eso se callo y no ha buelto a hablar palabra de ello.”* (Carta del infante don Luis a su madre del 1 de marzo de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

Pero sin duda, el episodio más extraño o posiblemente con más posibilidades de poder considerarse psicótico, fue cuando Fernando VI aseguró que la muerte estaba en su cuarto:

*“Anoche estava con la tema que la muerte estava alli en su quarto y que el se moria alistante. Esta mañana ha estado con la misma tema y tan falto de alimento que le dieron unos sudores mui fuertes y especie de congojas.”* (Carta del infante don Luis a su madre del 6 de noviembre de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2593)

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

Las descripciones de estos episodios son tan pobres, que resulta difícil hacer una mejor aproximación clínica. Aun así, no parece que la sintomatología psicótica haya sido claramente notoria en Fernando VI durante la enfermedad. Incluso su existencia se podría poner en duda de una manera razonable o argumentada.

### **2.3 Agitación, furores y el humor de perros.**

Fernando VI es descrito literalmente como agitado y furioso. Aunque su significado parezca obvio, siempre puede existir la duda a qué tipo de sintomatología podrían referirse los testigos con esas palabras. Sin embargo, los contextos clínicos en los que se utilizan no dejan lugar a dudas su significación conceptual.

Esa terminología se usa en los documentos para describir una gran cantidad de situaciones en las cuales el rey tiene un aumento persistente, excesivo e inapropiado de la actividad motora o verbal. Esa sintomatología conductual concuerda perfectamente con lo que hoy se entiende como agitación o agitación psicomotriz (Cohen-Mansfield y Billig, 1986, Parker, Hadzi-Pavlovic et al., 1990, APA, 2013).

El análisis de la sintomatología de Fernando VI en su enfermedad permite extraer que la agitación fue uno de los síntomas predominantes. Al principio de una manera no agresiva, si bien la agitación agresiva apareció pronto para luego convertirse en un gran problema (Figura 74) (Rabinowitz, Davidson et al., 2005, Cohen-Mansfield, 2008).

Es interesante observar que ya al principio Fernando VI estaba agitado. Incluso cuando la apatía era un síntoma predominante, Fernando VI ya tenía una clara agitación. Posteriormente Fernando VI siguió con una situación muy apática, pero fue desarrollando cada vez más agitación psicomotriz. Algo que puede parecer paradójico o no congruente, pero que realmente es compatible al tratarse de situaciones clínicas de diferente naturaleza.

En esas primeras semanas el monarca no paraba de hablar sin parar de lo mismo de manera repetida y preguntaba lo mismo una y otra vez, cansando a todos los testigos. En este caso no se puede decir que Fernando VI tuviera una agitación psicomotriz, por la ausencia de la actividad motora, si bien se trataría de una agitación verbal no agresiva y que ya era problemática.

<b>CLASIFICACIÓN DE LA AGITACIÓN Y EJEMPLOS</b>	
<b>FÍSICA Y NO AGRESIVA:</b>	Manerismos, conducta de fuga, cualquier tipo de agitación psicomotriz no vilolenta.
<b>FÍSICA Y AGRESIVA:</b>	Pegar, arañar, morder, empujar, tirar objetos, tirarse al suelo.
<b>VERBAL NO AGRESIVA:</b>	Negativismo, repetición de frases y preguntas, quejarse.
<b>VERBAL AGRESIVA:</b>	Maldecir, insultar, llorar, amenazar, insinuaciones sexuales.

**Figura 74.** Clasificación de la agitación con ejemplos. Esquema de Cohen-Mansfield, J. El autor divide la agitación en 4 grupos en función de la presencia de agresividad, el carácter verbal o físico de la agitación. Hay que tener en cuenta que esta clasificación está diseñada para estudios observacionales de pacientes con demencia, aunque resulta muy útil para entender conceptualmente y clasificar de una manera fácil un comportamiento agitado.

Siguiendo el relato, desde mediados de septiembre Fernando VI empieza a mostrar agitación verbal con agresividad, que se muestra con discusiones fuertes que al principio son contra su confesor, aunque pronto se convierte en una actitud con todo el mundo. En la correspondencia analizada no se describe de manera literal lo que dice el rey cuando muestra agresividad verbal, pero se puede interpretar por el contexto o las referencias utilizadas que el rey discutía, insultaba, amenaza y es probable que hasta blasfemase. Hay que recordar que para referirse a su discurso agresivo se utilizan frases como que dice cosas ajenas a su *“corazon cristiano”* y *“distantes de su bondad y caracter”*.

Desde mediados de septiembre de 1758 se empieza a ver a Fernando VI una actitud de agitación psicomotriz. Inicialmente parece que principalmente era nocturna, en la cual el monarca no dormía porque se pasaba la noche *“inquieto”*. Sin embargo, ya desde octubre de 1758 Fernando VI muestra una gran agitación psicomotriz. Esta agitación era también diurna a modo de comportamientos inicialmente no agresivos y muy aberrantes, los cuales se discutirán en el siguiente apartado enfocado a las extravagancias y disparates. A partir de diciembre el monarca está en-

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

camado. Eso no impide que el rey siga estando con una gran agitación física o motora no violenta sobre la cama. En esos episodios destaca los múltiples intentos del monarca para levantarse para caerse posteriormente.

Finalmente, la agitación física agresiva fue sin duda uno de los mayores síntomas que mostró Fernando VI en su enfermedad. Mientras que la agresividad verbal empezó seguramente a mediados de septiembre de 1758, el rey empezó a agredir físicamente a mediados de octubre de 1758. Fernando VI pegaba, mordía, daba cabezazos o tiraba a sus asistentes y médicos objetos o sus propios excrementos. Incluso se llega a describir episodios en los cuales el propio rey se autgolpea la cabeza. De hecho, tal como se discutió previamente, los episodios descritos de supuestos intentos se acompañan de una actitud motora agresiva, en los cuales el rey agrede a los demás o destroza las sabanas a mordiscos. Esa correlación es también objetivada por Andrés Piquer y así lo refleja en su manuscrito:

*“La descompostura de la mente ha ido siempre á más; de modo que en ella ha tenido furoros, iras y acciones sumamente destempladas. Ha tirado a los asistentes los vasos, los platos, las tazas, y S. M. varias veces se ha golpeado a sí mismo, y se ha puesto al cuello con ademanes de ahorcarse, ya el lienzo que podía coger, ya la servilleta que tenía sobre la cama. Todas estas cosas iban mezcladas con alternativas de miedos, de inquietudes, de sosiego, de alborotos, gritos, decadencia, inacción y otras cosas á este modo; de manera que unos ratos dominaban unos afectos, otros ratos sus contrarios, pero siempre las ideas de la mente eran hijas del mal, nunca de la naturaleza.”*

Resulta interesante ver que seguramente muchos de esos episodios de agresividad se desarrollaban en un contexto de respuesta a estímulos externos, ya que parece que solían darse cuando los médicos iban a examinar al rey, o cuando los asistentes iban a intentar limpiarlo o mudarlo. Esa circunstancia tiene mucho más interés de lo que pudiera parecer. La agitación de Fernando VI, sobre todo la agresiva, se debería considerar como un comportamiento de respuesta, en el cual el rey se muestra agitado como respuesta a estímulos internos o externos (Wolf, Goldberg et al., 2018). Es por ese motivo que la agitación sea un fenómeno clínico muy frecuente en pacientes con trastornos confusionales, psicóticos y cognitivos, en el cual hay una alteración de la percepción o interpretación del medio externo o interno. Si bien, en el caso de Fernando VI, algunos comportamientos de agitación parecen tener un componente de deshibición o impulsividad, al menos inicialmente cuando no están claramente relacionados con un comportamiento de respuesta.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

La agitación en todo su espectro clínico, empezó a mostrarse pronto en la enfermedad de Fernando VI y permaneció prácticamente hasta el final. Sin embargo, parece que a partir de finales de febrero y sobre todo desde mediados de abril de 1759, Fernando VI empezó a estar más dócil, como en el resto de sintomatología conductual. En este caso también se le suma una mejor adaptación de los asistentes a como tratar al rey, lo cual favoreció que Fernando VI mostrara menor agresividad física (Gitlin, Winter et al., 2010).

Para finalizar el análisis de la agitación en Fernando VI, hay que hablar de la correlación que podía tener con la presencia de fiebre. Con una mirada actual, parece más probable que una mayor fiebre se correlacione con una mayor agitación, ya que la fiebre favorece los estados confusionales (Elie, Cole et al., 1998). Sin embargo, la presencia o no de fiebre en Fernando VI, entendido con un concepto más contemporáneo, es un síntoma complicado de analizar y poco fiable, algo que se explicará más adelante en esta tesis. Por ello, la correlación o no correlación entre el concepto actual de fiebre y agitación hay que tomarla con un bajo nivel de certeza.

En la correspondencia estudiada se puede leer varios ejemplos que vienen a decir que Fernando VI estaba más agitado cuando no tenía fiebre, tal como asegura el infante don Luis y Ricardo Wall en varias ocasiones:

*“Aca la calentura de oi ha sido mui fuerte y por eso oi no ha estado furioso.”* (Carta del infante don Luis a su madre del 15 de abril de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

*“No es que nos creamos seguramente en el camino de la mejoría, porque para esto era necesario estar ciertos de que hubiese faltado la calentura, y asentandose la imaginacion quando solo se observa que los crecimientos son menores y las manias sin alboroto ni terquedad en oponerse a lo que se dice a su señoría por su mismo bien.”* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 23 de enero de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

En uno de los pocos documentos médicos encontrados. El doctor Purcell discute la naturaleza de la manía, con el uso terminológico de la época, y las alteraciones del comportamiento del monarca. El doctor Purcell critica que algunos de sus compañeros digan que la manía es la causa de la fiebre. Para argumentar su opinión, el galeno recuerda que Fernando VI tiene descomposiciones de la cabeza cuando está limpio de fiebre y hace referencias a otros autores que para calificarla como delirio sin fiebre (Figura 75):

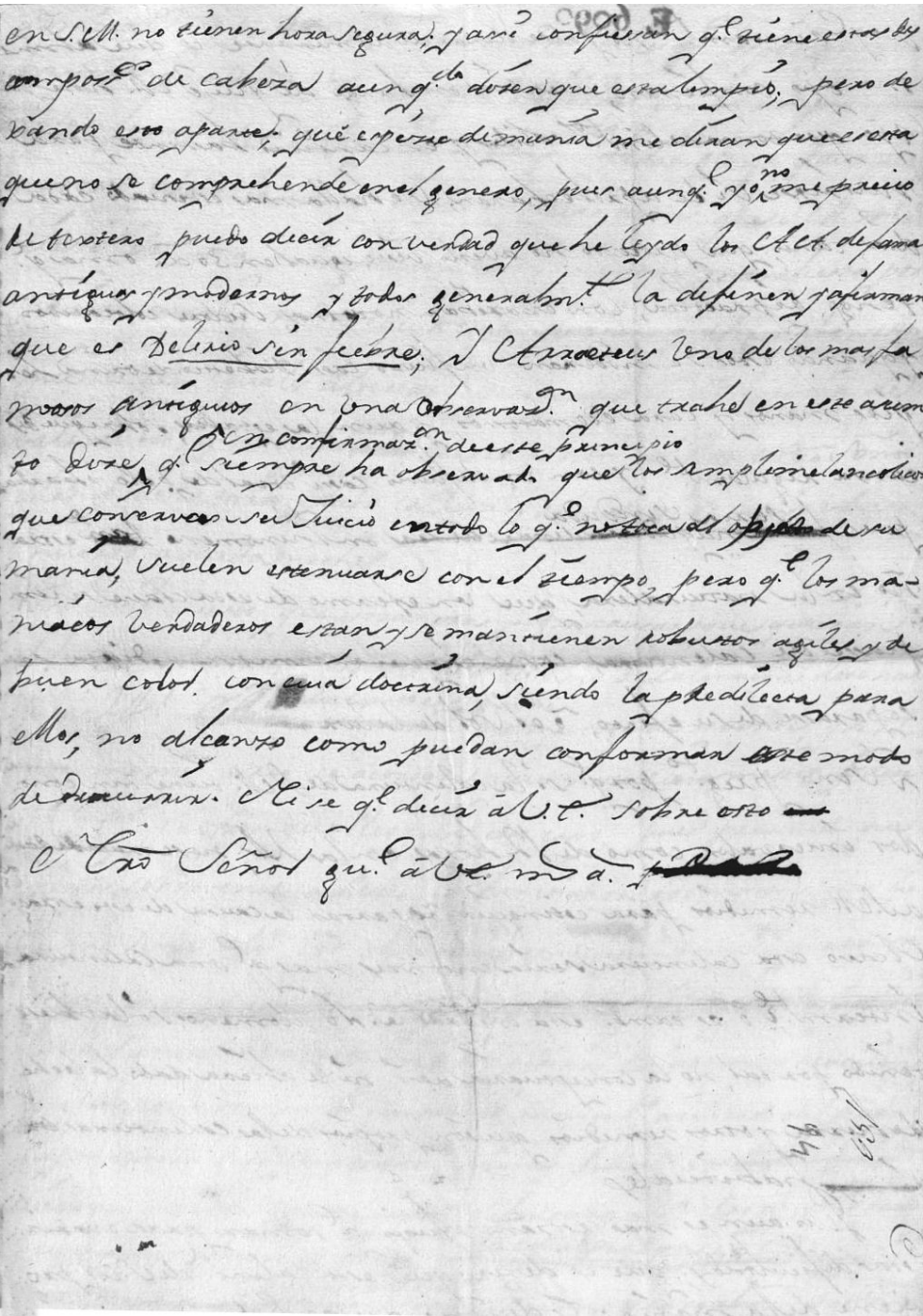
## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

*“Pero aun es mas extraño e fugio que toman para decir evadir estas dificultades, que es dezir: que esta calentura de su majestad padece viene de la mania, denotase que las que llaman manias en su majestad no tienen hora segura, y asi confiesan que tiene esas descomposiciones de cabeza, aunque dizen que esta limpio; pero dejando esto aparte, ¿que espezie de mania me diran que es esta que no se comprehende en el genero? , pues aunque yo [...] puedo decir con verdad que he leydo los autores de fama antiguos y modernos, y todos generalmente la definen y afirman que es delirio sin fiebre”* (Documento del doctor Purcell para Tanucci de Junio de 1759, probablemente 26 de junio. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

Andrés Piquer también discute de una manera importante la relación entre la fiebre y el resto de sintomatología. Sin embargo, con una perspectiva de la medicina actual lo que menciona el doctor Piquer resulta poco interesante, aunque es de un gran interés desde el punto de vista de la historia de la medicina. Sin embargo, usándolo desde una visión descriptiva, Andrés Piquer viene a decir o confirmar que el rey tenía alteraciones conductuales con presencia, pero también ausencia de fiebre.

Para finalizar esta discusión, hay que recordar que parece claro que la fiebre tarda varios meses en aparecer en el rey y ya para entonces el monarca había desarrollado un severo síndrome conductual, donde predominaba la agitación. No sería extraño que en los días en los cuales el monarca tuviera fiebre este pudiera estar más agitado, dentro de un contexto de mayor situación confusional. Los testigos no médicos mencionan lo contrario y los documentos médicos se enredan en una discusión que resulta poco útil o absurda como una mirada actual.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA



en S.M. no tienen hora regular, y así confiesan q. siene estas by  
compos<sup>o</sup> de cabeza aung q. dizen que es alimpio, pero de  
vando eso aparez, que espere de nuna me dican que es esta  
que no se comprende en el genero, por aung q. no me paxio  
de troteas, puedo decir con verdad que he leydo los Act. de fama  
antiquos y modernos y todos generalm<sup>t</sup>. La definen q. apan  
que es delirio sin fiebre. El Choroceus uno de los ma<sup>o</sup> fa  
mosos antiguos en una Obervac<sup>o</sup> n que trata en este asun  
to dice q. siempre ha observad<sup>o</sup> que los simpliciales medicos  
que convancen su juicio en todo lo q. se toca al objeto de su  
mania, suelen extenuarse con el tiempo, pero q. los ma  
nacos verdaderos estan y se mantienen robustos agiles y de  
buen color. con esta doctrina, siendo la predilecta para  
ellos, no alcanzo como puedan conformar este modo  
de dudar. Si se q. diera a V. E. sobre esto  
El Ex<sup>o</sup> Senot qu. a V. E. m. d. ~~1714~~

**Figura 75.** Carta del doctor Purcell para Tanucci.

Otros de los pocos documentos médicos encontrados. En esta carta el galeno habla sobre las discrepancias con sus compañeros sobre la fiebre. Dentro de sus argumentos, Purcell se justifica que la manía no es la causa de la fiebre, ya que Fernando VI sigue teniendo esas descomposiciones de la cabeza, aunque dicen que está limpio de fiebre. Es cierto que no se refiere a la agitación de manera específica, pero dicho síntoma era sin duda el más problemático de todos.



## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

### 2.4 Disparates y extravagancias.

La lectura de todos los síntomas desarrollados por Fernando VI permite extraer como una sintomatología independiente una serie de comportamientos o conductas muy aberrantes, socialmente inapropiadas y muy sorprendentes (Figura 76). Los testigos las describen de una manera no homogénea, como: disparates o extravagancias.

Con una visión de la medicina actual se puede concluir que Fernando VI desarrolló alteraciones conductuales parecidas a lo que se conoce, dentro de los síntomas neuropsiquiátricos, como comportamientos motores aberrantes y también comportamientos impulsivos o desinhibidos.

Los comportamientos motores aberrantes son comportamientos repetitivos, estereotipados y sin una finalidad<sup>18</sup>(Reilly, Staff et al., 2011). Se dan de manera frecuente en pacientes con demencia, donde se cree que guardan muchas semejanzas con los comportamientos que se dan en el trastorno obsesivo-compulsivo(Rosen, Allison et al., 2005). Fernando VI los desarrolla de manera frecuente a lo largo de su enfermedad y se pueden ver de manera clara en la lectura de los documentos.

Un ejemplo evidente se dio en noviembre de 1758. Durante ese mes el monarca empezó a caminar sin sentido durante horas por el cuarto, hasta el punto que se le acabaron dañando las piernas. Entonces se le insiste que deje de camina para que se recupere. Fernando VI no hace caso a las recomendaciones, por lo que continúa caminando sin sentido por horas durante una gran cantidad de días.

Diciembre de 1758 va a significar para Fernando VI pasar a una situación de encamamiento. Esa circunstancia no impide al rey seguir teniendo comportamientos motores repetidos y estereotipados. En los siguientes meses se recogen principalmente dos de ellos. El primero será enjaguarse la boca por horas de una manera absurda, hasta el punto que gastaba al día muchas garrafillas de licor. El segundo es pasar agua de una garrafa a otra sin sentido. Ambos comportamientos los hará Fernando VI de manera continuada durante horas y de manera intermitente a lo largo de varios meses.

---

<sup>18</sup> Caminar de manera continua, rebuscar entre cajones, vestirse y desvestirse de manera repetida etc.

<b>COMPORTAMIENTOS IMPULSIVOS Y MOTORES REPETITIVOS</b>
<b>OCTUBRE - NOVIEMBRE (DE PIE):</b>
Bailar, saltar y correr en ropa interior. Salir con poca ropa por el pasillo. Encerrarse con cerrojo en el cuarto. Hacerse pasar por muerto, vestirse de fantasma y perseguir a los asistentes. Hacer una camilla con taburetes para acostarse. Expulsar a su confesor. Despide a Farinelli y toda la opera. Llamar a su cuarto a personas y dejarlos esperando fuera por horas. Caminar por horas sin sentido por el cuarto.
<b>DICIEMBRE EN ADELANTE (ENCAMADO):</b>
Enjuagarse la boca durante horas. Pasar agua de una garrafa a otra por horas. Jugar con la comida.

**Figura 76.** Comportamientos impulsivos y motores repetidos. Se ha decidido meter en esta tabla los comportamientos aberrantes que se consideran fruto de la impulsividad o de un trastorno motor aberrante. Por lo tanto, se han excluido otros comportamientos muy abigarrados por considerar más probable una causa sintomática diferente al resto. Como el abandono de la higiene y de la conducta religiosa, que parece más relacionado con la apatía. También orinar o defecar en la cama, que parece más relacionado con una situación cognitiva mala, al igual que comerse sus propios excrementos.

Los comportamientos desinhibidos o impulsivos en Fernando VI son muy sorprendentes. Hay que recordar que el monarca parte de un rasgo de personalidad que destacaba por su timidez y discreción, además del decoro que se le presumía en teoría a un rey. Sin embargo, muy pronto Fernando VI empieza a tener claros déficits de las funciones inhibitorias de la conducta que le llevan a realizar comportamientos socialmente muy inapropiados, tomar decisiones rápidas y sin autocontrol (Dalley y Roiser, 2012).

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

El primer comportamiento impulsivo en Fernando VI podría haber sido encerrarse en su cuarto con cerrojo, por lo sorprendente que resulto a ojos de los testigos. Pero sin duda los dos mejores ejemplos de comportamientos desinhibidos en el rey son los que recoge el infante don Luis en su correspondencia:

*“el rey a mi parecer anoche tuvo la caveza perdida, pues estando yo alli con el solo, empezo a saltar y a brincar aciendose el son con la boca. Yo que le avia cogido por el brazo, porque poco antes se desvanecia y se caia, le pude sujetar y le ize sentar todo con las buenas. El se mantuvo desde la ora que le dije a vuestra merced asta cerca de las diez sin comer nada. Oi lleva los mismos pasos solo que ya esta fuera de la cama. Quando bailava estava en bata con calzoncillos y las calzetas caidas sobre las chinelas, y lo peor es que apenas acavo de azerlo no se acordava de ello. Despues se paso a correr arriba y abajo por el quarto, pero todo esto se paso aprisa. Por la mañana me han dicho los gentiles hombres que salio asta afuera descalzo y camisa detras del medico que salía a descansar. Esto esta perdido, yo ya he dicho que no quiero estar solo con el, porque como le tomo por bailar le puede tomar por andar a puñadas o a palos y no sera gracia, conque ya están todos avisados por lo que puede suceder.”* (Carta del infante don Luis a su madre del 10 de octubre de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2593)

*“Me han contado oi una cosa mui graciosa, y es que tenia gana de orinar y no queria acerlo. Le pregunto a Purcell que estava alli, que si no orinava que le sucederia. El otro le dijo que sino lo acia le vendria una retencion de orina y que se moriria de esto. Pidio el orinal i lo izo, alistante que acavo se echo sobre la cama boca abajo aciendo el muerto. El otro le dejo un rato. Despues se orino i le bolvio, entonces le quiso acer creer que le avia dado algo. El otro le dijo que no era asi, pues no avia mudado de color ni en el pulso avia alteración ni novedad ninguna. Entonces de golpe salto de la cama embuelto en una de las savanas aciendo la fantasma. Manzano y Altamir corieron con la bata para que se la pusiese y no se resfriarse, y entonces de rabia los zurro.”* (Carta del infante don Luis a su madre del 29 de octubre de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2593)

En ambos ejemplos el rey hace comportamientos claramente desinhibidos. En el primero baila, salta y corre por el cuarto en calzoncillos, también sale por el pasillo medio desnudo. En el segundo se hace pasar por muerto para luego vestirse de fantasma y pegar a sus asistentes así vestido.

La impulsividad o desinhibición en Fernando VI también se pudo ver muy pronto cuando toma dos decisiones que son muy sorprendentes, como fue la de despedir a su confesor y sobre todo la de despedir a Farinelli y a la ópera. Hay que recordar que el cantante fue el principal amigo de los reyes y era casi como uno más dentro de la corte. De la misma manera durante los primeros meses de su enfermedad, Fernando VI hace llamar a su cuarto a varias personas para luego dejarles esperando por horas en la puerta, o mandarles entrar y salir de manera repetida sin sentido.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

Es cierto que luego no se menciona comportamientos parecidos, salvo jugar con la comida de manera bastante infantil, si bien hay un posterior desarrollo de la violencia física que también habría que considerarla como un comportamiento fruto de la desinhibición, al menos en los primeros meses. Circunstancia que se conoce como comportamiento agresivo impulsivo (Moeller, Barratt et al., 2001).

Para finalizar la discusión sobre las extravagancias, es de un gran interés analizar uno de los comportamientos más anómalos que desarrolló el rey. Fernando VI quiso pronto dejar de dormir sobre su cama. Por ello se hizo el mismo una especie de camilla con taburetes tapándose con una manta. Para finales de 1758 se intentó trasladar al rey a una cama normal, con un éxito parcial por el requerimiento continuo del monarca de volver a su camilla.

El problema para analizar esta sintomatología es la falta de información. Los testigos utilizan expresiones de lamento al ver a Fernando VI reposado sobre la camilla, ya que además de incómoda, era pequeña y los pies le colgaban. El único dato que se menciona para entender los motivos del rey, es que Fernando VI no quiere dormir sobre su cama porque considera que estaba mal hecha. No parece por lo tanto un motivo muy abigarrado para considerarlo un delirio. Independientemente, está claro que ese comportamiento forma parte de toda la desorganización conductual que sufre el monarca en su enfermedad.

### **2.5 Repugnancia al dormir y a la comida.**

Las alteraciones del hábito alimentario y del sueño son otro de los trastornos conductuales de más relieve que mostró Fernando VI. Como el resto de sintomatología, estas alteraciones empezaron pronto y se desarrollaron de manera rápidamente progresiva.

En el caso de la alimentación se puede decir que Fernando sufrió un importante cambio de la conducta alimentaria que en general se caracterizó por una severa menor apetencia a la comida. Además, el monarca se alimentaba a horas no regulares y en general en base a una dieta basada en caldo de carne. Posteriormente sí se describe una mejor alimentación a partir de febrero-marzo de 1759, que se correlaciona con la mejoría de la agresividad y más docilidad.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

Dentro de ese patrón de la conducta alimentaria destaca algunos episodios breves que se dan en varias ocasiones, de apenas unos días, en los cuales de manera brusca el monarca mantenía una ingesta alimentaria compulsiva que Andrés Piquer califica de maniática:

*“En el alimento nunca guardó regularidad, ni en el tiempo, ni en la calidad de los manjares, ni en el modo de tomarlos; porque pedía de comer las horas que se le antojaba. Comía los alimentos que quería sin sujetarse al dictamen de nadie, y cuando llegaba el caso de tomarlos, lo hacía (usando de la frase hipocrática) modo maniaco.”*

En el resto de correspondencia se especifica como los médicos piden al rey que deje de comer, porque le va hacer daño tanta ingesta. Si bien como se ha dicho, estos episodios fueron realmente escasos y breves.

Dentro de la conducta alimentaria hay otros dos sucesos que se repiten varias veces y son llamativos. El primero es cuando el monarca ingiere sus propios excrementos. Realmente nos faltan datos para poder analizar en profundidad esta conducta, pero por el contexto clínico en el que se desarrolla parece más relacionado a ya una muy mala situación cognitiva. Esa afirmación se basa en que esas ingestas se dan ya con la enfermedad muy avanzada. Previamente Fernando VI nunca lo había hecho pese a poder haberlo realizado.

El otro suceso de interés es cuando se describe en varias ocasiones que el monarca echa azúcar al agua antes de beberlo, ya que dice que así está más buena. Esa conducta podría encuadrarse dentro de un trastorno impulsivo con hiperoralidad a los dulces.

En el caso del trastorno del sueño, Fernando VI empezó de manera precoz con una llamativa falta de sueño. No solo dormía poco, sino que además lo hacía en horas anormales. Tanto Andrés Piquer como el resto de testigos hacen hincapié en lo poco y mal que dormía el rey. Todo potenciado con la necesidad de dormir sobre la camilla que había hecho con taburetes. Sin embargo, llega un momento donde empieza a cambiar la situación del sueño. Previamente los testigos sí parecen diferenciar bien cuando el monarca está despierto o durmiendo. A partir de la primavera de 1759 empiezan a utilizar el recurso lingüístico de “*mas que sueño es azoramiento*” o que el rey está “*azorado*”. Incluso se habla que cuando el rey teóricamente estaba durmiendo tiene bastante actividad motora acompañante, la cual se describe de manera vaga.

Finalmente, Andrés Piquer comenta en su manuscrito lo que pudiera ser mioclonías en las extremidades durante el sueño:

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

*“Junto con estos sueños pesados tenía algunas veces convulsiones, ya de las partes de la cara, con transitorias suspensiones de los sentidos, ya de los brazos y piernas que daban subsultus, esto es saltos repetidos con violencia”*

### III SINTOMATOLOGÍA COGNITIVA.

El mayor problema para saber la situación cognitiva de Fernando VI es que no se dispone ni de una mínima evaluación neuropsicológica (Tang-Wai y Freedman, 2018). Lo cual es totalmente lógico ya que estamos hablando de un suceso del siglo XVIII.

Partiendo de esa realidad, el análisis de la situación cognitiva del monarca tiene que intuirse a partir de los testigos. Para ello no hay solo que basarse en las descripciones directas, sino también analizando el modo de actuar de Fernando VI en cada contexto. Gracias a ello, sí se puede decir con bastante certeza que Fernando VI fue desarrollando un trastorno cognitivo progresivo, que acabó con una situación de demencia en el sentido actual de la palabra (APA, 2013). Si bien resulta muy difícil intentar establecer cuáles fueron los dominios cognitivos que se afectaron de manera inicial (Figura 77). Las únicas certezas sobre esta discusión es que Fernando VI no desarrolló una clara alteración del lenguaje y que su capacidad de juicio se fue perdiendo de manera progresiva.

Una afectación importante del lenguaje sería el trastorno cognitivo más fácilmente detectable por un testigo, por la gran expresividad clínica de dicho trastorno. Precisamente en todo el curso de la enfermedad no se menciona por nadie que el rey tuviera algún tipo de trastorno en el lenguaje. Por ello parece probable que Fernando VI no sufriera un manifiesto trastorno afásico. En la fase final de la enfermedad, Andrés Piquer dice que el rey hablaba sin atar un discurso y a veces una proposición bien formada, pero el galeno se está refiriendo precisamente al discurso y no a la capacidad de emitir lenguaje.

La otra conclusión tiene que ver con la pérdida de capacidad de juicio. Potencialmente una pérdida de capacidad de juicio puede ser debida por muchas razones como una afectación de: ciertos dominios cognitivos, el nivel de consciencia, de la percepción, de la conducta o del estado médico general. Sin embargo, una afectación de las funciones ejecutivas sería una de las causas más expresivas de una pérdida de capacidad de juicio.

DOMINIOS COGNITIVOS
Atención.
Funciones ejecutivas.
Funciones motores-perceptivas (visuoespacial y praxis).
Lenguaje.
Memoria.
Cognición social.

**Figura 77.** Dominios cognitivos según DSM-V.

El DSM-V añade el concepto de cognición social e incluye praxis y funciones visuoespaciales dentro de funciones motores-perceptivas. En el caso de Fernando VI y su enfermedad, resulta muy difícil saber cuáles fueron los dominios cognitivos que se afectaron inicialmente. Si bien, parece claro que no sufrió un claro trastorno del lenguaje durante su enfermedad. Es posible que las funciones ejecutivas estuvieran precozmente afectadas a raíz del análisis de la documentación.

Las funciones ejecutivas son definidas inicialmente como aquellas capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente (Lezak, 1982). Globalmente serían aquellas funciones cognitivas que asocian ideas, movimientos, acciones simples y los orientan a resolución de conductas complejas (Figura 78). No obstante la composición de las funciones ejecutivas es debatido (Tirapu-Ustárrroz, Cordero-Andrés et al., 2017). En general se refieren a los procesos cognitivos implicados en el control consciente de las conductas y los pensamientos (Tirapu-Ustárrroz y Luna-Lario, 2008).

Un paciente que sufre un trastorno importante en sus funciones ejecutivas lo manifiesta de manera clínicamente evidente. En estos casos, el paciente sufre claras dificultades para la resolución de problemas, una menor conducta espontánea y aumento de la perseverancia e impulsividad (Tirapu-Ustárrroz, Cordero-Andrés et al., 2017).

En el caso de Fernando VI, además de la pérdida de capacidad de juicio se describen alteraciones conductuales con comportamientos perseverantes e impulsivos, los cuales ya se han comentado, y que son típicos de los pacientes con problemas de sus funciones ejecutivas.

Parece claro que Fernando VI dejó de tener capacidad de estar o hablar en razón a ojos de los testigos. El problema que todo el mundo tenía era desde cuando Fernando VI había perdido esas capacidades.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

<b>FUNCIONES EJECUTIVAS</b>
Velocidad de procesamiento.
Memoria de trabajo.
Fluidez verbal.
Inhibición.
Ejecución dual.
Flexibilidad cognitiva.
Planificación.
Toma de decisiones.
Paradigmas multitarea.

**Figura 78.** Composición de las funciones ejecutivas.

La composición de las funciones ejecutivas es un tema debatido. Estos serían los procesos ejecutivos más aceptados según una revisión bibliográfica realizada recientemente (Tirapu-Ustárroz, Cordero-Andrés et al., 2017)

En la etapa de Aranjuez y primeras semanas en Villaviciosa el rey despacha, lee, contesta cartas y toma decisiones. Estos hechos se realizan sin que se mencione nada en especial en ese sentido. Incluso cuando ya tenía los síntomas conductuales se sigue mencionado que Fernando VI tiene una conversación adecuada o en razón, al igual que su última partida de cartas de finales de septiembre de 1758 la hizo sin hacer “*disparate ninguno*”.

En octubre de 1758 Fernando VI empeoró en su sintomatología conductual con la aparición de comportamientos muy aberrantes y agresividad física. En ese mes se sigue mencionado que el rey puede mantener ocasionales conversaciones en razón.

El mes de noviembre de 1758 es muy importante ya que Fernando VI deja de realizar del todo sus funciones como gobernante. Es entonces cuando deja de despachar asuntos de gobierno y el ministro Ricardo Wall deja de consultarle o incluso verle frecuentemente. Como se ha explicado antes, tanto el ministro Ricardo Wall como el consejo de Castilla consideran este mes el punto de inflexión en relación a las capacidades de juicio del monarca, si bien lo argumentan en base a la pérdida de la conducta religiosa.

Es a partir de noviembre de 1758 cuando varias personas no tienen dudas de la “*demencia*” del rey. Sin embargo, no se debería interpretar de manera literal la palabra demencia con un uso terminológico actual, en el sentido de que no necesariamente implicaría un trastorno cognitivo severo. No obstante, hay más datos para pensar que a partir de noviembre de 1758 la capacidad



## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

de juicio de Fernando VI era ya mala. Por ejemplo, en ese mes el infante don Luis deja de describir conversaciones en razón, o los médicos dicen literalmente que Fernando VI tiene *“la cabeza enteramente perdida”*. En diciembre de 1758 Ricardo Wall ya confirma que el rey *“hace tiempo que no abre cartas”*.

La afirmación de que la capacidad de juicio de Fernando VI era muy mala al acabar noviembre de 1758, gana aún más fuerza cuando se observa las estratagemas que se hicieron para hacer el testamento del monarca (Figura 79). La creación del testamento de Fernando VI es probablemente el ejemplo más absurdo, pero a la vez más claro, sobre la mala situación cognitiva que tenía el rey en ese momento. Hay que recordar que las cláusulas del testamento fueron dictadas por terceras personas. En ellas se alega que el rey no puede elaborarlas por no permitírsele su enfermedad. Por consiguiente, el rey tampoco firma su propio testamento.

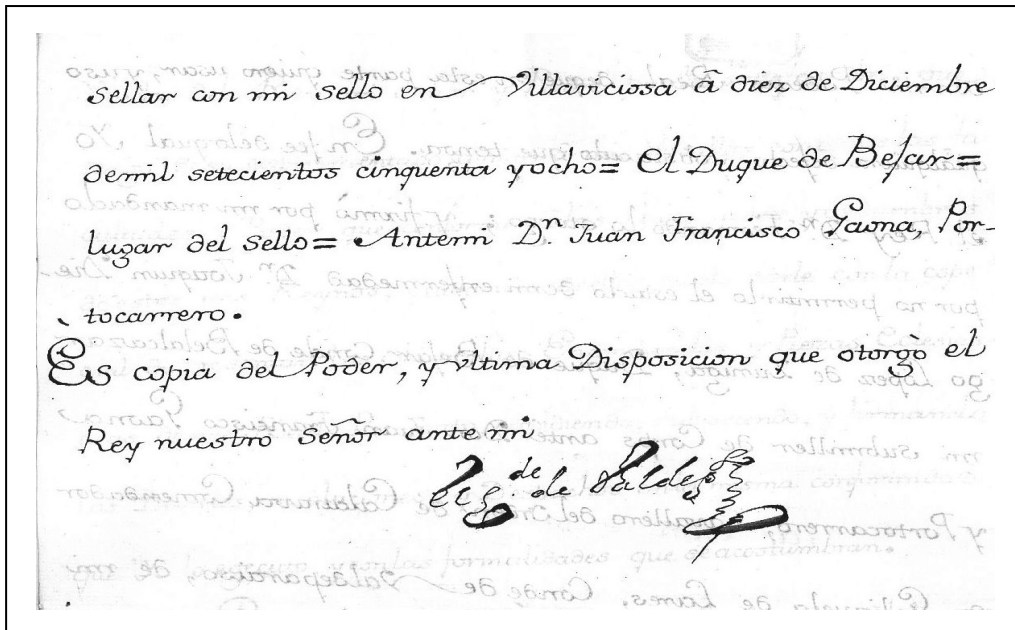
El único papel que jugó Fernando VI en la creación de su testamento fue decir que sí, cuando le preguntaron si estaba de acuerdo con las cláusulas del mismo. El rey tuvo el manuscrito en sus manos para leerlo, pero no se menciona claramente que así lo hiciera. La sensación que se transmite en las cartas es que el monarca no tenía las capacidades suficientes para opinar o ni siquiera influir en la elaboración de su propio testamento. Afirmación aún más válida cuando en ese testamento sale muy bien parados los intereses personales de Isabel de Farnesio, la cual hay que recordar que estaba recluida desde hacía tiempo, por orden real.

En los meses siguientes se sigue describiendo algún dato que orienta a que el monarca todavía conservaba ciertas capacidades de razonamiento, aunque en todo caso limitadas. Fernando VI en ocasiones conversa de manera bastante correcta, como cuando se interesa por mantener el luto a principios de marzo de 1759 o pide relojes para darles cuerda en enero y marzo de 1759. Todo ello desconcierta a los testigos como el mismo Ricardo Wall reconoce:

*“Tambien incluyo, para que en nada de lo que de mi pende deje de estar servido como es justo ese monarcha, el diario de los medicos desde la ultima expedicion del 13. Comprende todo lo observado en estos dias y solo calla, si al mudar la ropa de la camilla ó con algun otro motivo, há tenido el enfermo algunos dislates, que por lo desconcertados y sucios indican la perturbacion, en esta parte y en aquellos momentos, porque en otros se admiran discursos los mas consiguientes, lo mas arreglados y mas piadosos.”* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 18 de febrero de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

“El sabado la hubo tremenda, tuvo un dia de gran abatimiento sin levantar la cabeza de la almohada, y los medicos notaron los pulsos muy bajos y debiles. El mismo enfermo se contristó, prorrompió en lagrimas, cayo en una especie de deliquio, y de propio movimiento llamó a todos los medicos, incluso Borbon y Arango, a quienes desde de mucho tiempo no queria ver ni permitía entrasen en su quarto. Pero todo aquello se pasó, y si el domingo estaba todavia muy abatido, ayer lunes y oy martes lo há estado menos y se excedido en hacer y decir disparates sin perdonar a los eclesiasticos que le asisten. Lo singular es, que en estos mismos desconciertos tiene concierto, y no se le olvida quien es para que se le disimulen. En summa, estos en un prodigio que no se puede definir. Incluyo el diario de los medicos en la semana, de que no creo que saque vuestra señoria mas substancia que de los antecedentes.” (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 3 de abril de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)



**Figura 79.** Imagen del testamento de Fernando VI.

El rey ni dictó, ni firmó su testamento. En el mismo se dice que esto es así debido a estar indispuesto y no permitir su enfermedad hacerlo. Por este y otros motivos que se dan en los documentos analizados, se puede decir que con alta probabilidad Fernando VI dejó de tener una correcta capacidad de juicio en noviembre de 1758.

A partir de mayo de 1759 la situación cognitiva del monarca probablemente era compatible con una demencia severa. Los testigos describen al rey como una persona que habla sin sentido y da voces a modo de “gritos y alborotos” o “gritos disformes”. Se dice literalmente que Fernando VI tiene ya pocos momentos de lucidez. Todo ello en un contexto en el cual el rey desde hacía varios meses estaba encamado, no controlaba sus esfínteres e incluso comía sus propios excrementos.

A finales de mayo de 1759 se da otra circunstancia que orienta a la mala situación cognitiva del rey. El 30 de mayo se celebra la festividad de San Fernando, la cual era un evento importante

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

en años anteriores. Pese a que el rey es el protagonista de la celebración de su santo, no se le pide permiso para celebrarlo. Esa paradoja transmite la impresión de que para entonces la opinión del rey no tenía ya ningún valor. En esa misma línea, el infante don Luis viene a Villaviciosa de manera específica solo para celebrar el santo del monarca, pero en ese viaje relámpago el infante no se molesta en ir a ver a su hermanastro. De hecho, se le dice al infante que no se preocupase de ir a verlo, ya que la situación de Fernando VI era tan mala que dudosamente pudiera “*repararlo o extrañarlo*”. Todas esas formas de actuar por las personas cercanas a Fernando VI, siguen la coherencia de estar tratando con una persona con una muy mala situación cognitiva. Lo cual se refuerza aún más por la realidad de que estaban ante un rey absolutista en pleno antiguo régimen. Cuya opinión se supone que era de máxima importancia y en este caso se estaba ignorando de manera manifiesta.

Como curiosidad final, la última conversación más o menos coherente que está registrada en Fernando VI trató sobre la salud de Isabel de Farnesio. No deja de ser irónico que es posible que la última conversación mínimamente coherente de Fernando VI, haya sido sobre la salud de la persona que probablemente más se alegrase por el trágico destino del rey:

“Oy pregunto el rey por el señor infante al cura Rada, quien respondió a su majestad lo que estaba prevenido, y habiendo dicho Rada que la reina viuda, nuestra señora, había padecido pocos días con haber echado arenas y algunas piedras, dijo el rey que su majestad había tenido anteriormente el mismo mal, no paso adelante la conversación, por causa de la enfermedad del rey en su continua manía” (Carta de Ricardo Wall al marqués de Gamonedá del 4 de junio de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2584)

Por todo lo previamente desarrollado, el análisis de la situación cognitiva del monarca permite sacar una serie de conclusiones (Figura 80). Aunque son limitadas, no deja de tener un importante valor para el estudio de la enfermedad de Fernando VI.

### CONCLUSIONES SOBRE LA SITUACIÓN COGNITIVA DE FERNANDO VI A LO LARGO DE SU ENFERMEDAD

No se dispone de una mínima evaluación cognitiva del rey.  
Toda la información se saca por la información que aportan los testigos.  
Se considera muy probable que el rey no sufrió un trastorno de lenguaje.  
Del resto de dominios cognitivos sí es posible una precoz afectación ejecutiva en el rey.  
Es probable que desde noviembre de 1758 el rey ya no tuviera un adecuado uso de razón.  
Desde mayo de 1759 la situación cognitiva del monarca era probablemente muy mala.

**Figura 80.** Conclusiones sobre la situación cognitiva de Fernando VI a lo largo de su enfermedad.

#### IV CRISIS EPILÉPTICAS.

La presencia de crisis epilépticas es un aspecto de gran importancia en el análisis de la enfermedad de Fernando VI. Su presencia apoyaría con más fuerza argumental la posibilidad de un daño cerebral. Además, sus características clínicas ayudarían a caracterizar mejor el proceso patológico subyacente.

Como en el resto de sintomatología, los datos que disponemos vienen de documentos escritos hace más de 250 años. Por lo tanto, su interpretación puede ser difícil y abierta a la crítica o discusión. Sin embargo, el análisis de toda la documentación disponible permite decir que Fernando VI durante su enfermedad sufre múltiples episodios convulsivos que son altamente sugestivos de tener un origen epiléptico. Razonamiento que se explica y detalla a continuación siguiendo el relato del curso de la enfermedad.

En otoño de 1758 se describen en el rey muchos episodios paroxísticos muy poco definidos. En general los testigos hablan de que el rey tiene “temblores” o incluso “convulsiones” que a veces vienen dadas en forma de “congojas con convulsiones”. La naturaleza de estos episodios puede ser muy diversa. Más aun cuando en la correspondencia estudiada los testigos son poco específicos a la hora de describirlos. Por ese motivo no se puede considerar con gran certidumbre la

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

presencia de crisis epilépticas en Fernando VI durante esos primeros meses en otoño de 1758.. La sensación que transmiten generalmente los documentos, era la que el monarca tenía temblor o movimientos hipercinéticos asociados a mayor ansiedad y relacionados con el miedo a morir. También parece que pudo haber tenido algún episodio aislado de síncope convulsivo, por describirse literalmente junto con palidez y sudor(McKeon, Vaughan et al., 2006). El único episodio que se describe con detalle en los meses de otoño de 1758, lo hace el infante don Luis.

*“es aquel humor ipocondriaco que le ha causado manias y furores, de suerte que dice que lo siente venir, que le empieza a subir desde el vientre y llega a la cabeza, que allí siente bullir una cosa que parece que se le va a fijar y que se ha de morir dandole un accidente o que se ha de volver loco. Quando le da este vapor tiembla todo el y la cabeza le queda temblando por un rato y muda de color. Lo que ai de bueno es que lo conoze y avisa, y a mí me aviso el otro día que me apartase de el por que le iba a dar y no era dueño de si, y con efecto alistante que me aparte le dio y empezo a sacudirse en la cama fuertemente”(Carta del infante don Luis a su madre del 19 de septiembre de 1758. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2593)*

En ese párrafo se da varios datos interesantes. El infante da a entender que el rey estaba sufriendo episodios parecidos de manera repetida. Otro dato es que el infante lo relaciona con la hipocondría del monarca y con sus pensamientos de su próxima y certera muerte, por lo que parece que podría relacionarse con la ansiedad. Sin embargo, el infante también describe algún dato que pudiera interpretarse como epiléptico. Por ejemplo, el rey dice tener una sensación epigástrica ascendente y avisa de que va a tener una crisis, algo que es típico de la epilepsia temporal mesial(Tatum, 2012). También se menciona que a Fernando VI le cambia la coloración de la piel, si bien el infante en otros episodios habla de palidez. Aun así, al ser solo un episodio descrito con detalle y al no tener datos de otros testigos, no se puede decir con gran certeza que dicho episodio haya sido claramente epiléptico.

En la discusión sobre los episodios convulsivos de esos meses iniciales, resulta de una gran utilidad la descripción que hace de ellos Andrés Piquer como *“temblores y estremecimientos de los brazos y todo el cuerpo”*.

En los meses posteriores, el galeno sí describe convulsiones de apariencia más epiléptica y los diferencia clínicamente de los temblores que sufrió el rey en estos primeros meses. Esta clara diferenciación clínica por el doctor Piquer, entre los temblores de los primeros meses y las

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

convulsiones que vinieron despues, viene a potenciar la impresión general de que es poco probable que Fernando VI sufriera crisis epilépticas en los primeros meses de su enfermedad.

La situación cambia a partir de enero de 1759. Es ya en ese mes en adelante cuando se empieza a describir otros episodios cuya naturaleza ya se puede considerar de probable origen epiléptico.

El día 2 de enero de 1759 el infante don Luis menciona que el rey sufre varios vapores con movimientos convulsivos muy fuertes, pero no entra a realizar una descripción más detallada.

Andrés Piquer aclara que los ataques convulsivos empezaron algo más tarde, el 12 de enero:

*“Hacia los diez ó doce de enero empezaron á aflojar estas calenturas , y volvieron á su orden primitivo de venir de tarde en tarde , bien que nunca ha habido período que haya excedido de nueve días. Las ideas melancólicas de cada punto eran mayores, y algunas veces se le notaban movimientos convulsivos de brazos y piernas, y todo el cuerpo ya sin privación de sentidos ya también con alguna más que suspensión de ellos, aunque pasajera y transitoria: eran estos movimientos distintos de los temblores que le causaba la vehemencia de sus temores melancólicos, pues con la atenta observación era fácil distinguirlos entre sí...*

*Las convulsiones las ha padecido el Rey varias veces en el curso de esta enfermedad; y me atrevo a asegurar que raro es el día que según más ó menos vehemencia no se las haya observado. Ya distinguimos los temblores que tiene por los afectos del ánimo de las convulsiones (osean movimientos convulsivos, como se usa decirlo ahora), porque en el temblor la parte se mueve con movimiento alternativo hacia abajo por su peso y hacia arriba por la fuerza vital, obrando estas dos potencias con alternación. En el movimiento convulsivo el miembro se encoge, retirándose violentamente hacia su origen, y las alternativas vienen de la voluntad que intentan mover a su alvedrío la parte, y de la fuerza del mal que se lo estorba; y cuando no es violenta obran alternativamente.”*

Andrés Piquer hace un comentario clínico donde diferencia los episodios de temblor previos con las convulsiones que empezaba a tener el rey. El galeno describe el temblor como un movimiento alternativo, mientras que las convulsiones dice que vienen precedidas de una fase de contracción de la extremidad seguida de una fase de movimientos continuos. Es decir, lo que parece una fase inicial tónica seguida de una fase clónica.

Andrés Piquer aclara que las convulsiones las podía tener en brazos y piernas o todo el cuerpo, acompañado entonces de privación de sentidos. Es decir que cuando las convulsiones afectaban a todo el cuerpo venían acompañadas de una pérdida de conocimiento, algo que es altamente sugestivo de tener un origen crítico.

El galeno vuelve a discutir más tarde en su manuscrito la presencia de convulsiones con pérdida o sin pérdida de conocimiento. En función de esas características, las clasifica en perfectas o imperfectas acorde a los conceptos médicos de la época (Brigo, Bragazzi et al., 2018):

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

*“Es así que, la epilepsia unas veces es exquisita, otras no; ó lo que es lo mismo, unas veces es perfecta, otras imperfecta. En aquellas, junto con las convulsiones de los miembros, hay privación absoluta de potencias mentales; en esta tal vez no se priva la mente, o es ligera y transitoria su privación. Esta distinción útilísima en la práctica, es propuesta por nuestro Valles en el Comento á la historia de Apeles de Larisa, donde sienta que, aunque no se priven las potencias internas si hay convulsiones de miembros particulares, son en rigor no exquisitas, sino imperfectas alferencias. El Rey ha tenido estos movimientos convulsivos varias veces, y por lo común sin privación de la mente; pero en alguna ocasión ha tenido también cierta privación transitoria que me ha parecido imperfecta ó no exquisita epilepsia melancólica”*

El resto de testigos también insisten sobre las crisis epilépticas en el rey y aporta información complementaria de gran utilidad, no solo porque refuerzan lo mencionado por Andrés Piquer, sino porque además dan algún dato más de utilidad. Si bien las convulsiones se mencionan casi diarias, es interesante analizar de manera independiente aquellos episodios que se describen con más detalle en la correspondencia.

A finales de enero y principios de febrero de 1759 el rey sufrió varios ataques de gran relevancia:

*“el rey ha estado oi muy malo. Anoche se despertó a las dos y tomo otra taza de panatela. Despues esta mañana tomo dos jarras de chocolate, pero anoche tuvo otro vapor y esta mañana otro y despues esta tarde tuvo quatro, que el uno fue congoja y bastante fuerte, pues Amar que era el medico que estava alli, me ha dicho que llevo a privarse y el llamo al Sumiller y al cura y a todos los otros medicos, y dice que durante esta congoja o vapor o especie de accidente le noto mucho movimiento en el brazo izquierdo y que la boca no estaba natural, y que despues que bolvió le quedo un rato toda la lengua bastante travada.”* (Carta del infante don Luis a su madre del 31 de enero de 1759. Archivo Histórico Nacional, 2593)

*“Tuvo dos congojillas, que ahora ya la llaman asi, y a las dos tuvo una mui fuerte que quasi fue tan grande como la del día antes de aier, con movimientos en la boca y los ojos. De suerte que el cura y los que estaban alli, todos tuvieron mucho miedo, pero duro mui poco y despues se sosego, y dicen que ha estado mui inquieto esta tarde, aunque con mucha calentura.”* (Carta del infante don Luis a su madre del 2 de febrero de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

En estas cartas el infante da varios datos de interés. En la primera carta se describe que Fernando VI sufre varios episodios en los cuales no parece que sufriera pérdida de conocimiento. Sin embargo, luego sufre uno fuerte en el cual se confirma que pierde el conocimiento. Lo cual refuerza lo mencionado por Andrés Piquer de que las convulsiones del rey podían ser con o sin pérdida de conocimiento asociada. Además, el infante da un dato localizador muy útil al describir que los movimientos convulsivos eran sobre todo en el brazo izquierdo, también dice que abarcaban la cara, la boca y los ojos. Otro dato de interés que se describe es que al acabar la crisis Fernando VI estuvo un rato con la lengua trabada, lo cual se puede interpretar como que hablaba lento o disártrico, en relación a un posible estado postcrítico y característico de episodios de

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

etiología epiléptica.

En marzo de 1759, fuera de las casi diarias referencias de “convulsiones”, “vapores” y “congojas”, sigue habiendo episodios puntuales que se describen con más detalle y resultan interesantes.

Por ejemplo, a principios de ese mes Fernando VI sufre un episodio que los médicos denominan “accidente” y que le dejó sin conocimiento por más de un cuarto de hora, compatible otra vez con un estado postcrítico típicamente epiléptico:

*“El rey esta peor que nunca, pues le ha dado poco ha un accidente que los medicos llaman congoja, pero Amar me ha dicho que es especie de accidente, pues ha estado mas de quarto de ora larga sin sentidos ni abla, despues ha empezado a hablar otra vez, a fuerza de acerle oler sal amoniaco ha buuelto en si”* (Carta del infante don Luis a su madre del 2 de marzo de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

En otra ocasión el infante don Luis parece distinguir bien un episodio de pérdida de conocimiento con datos más sincopales, el cual es definido como desmayo y el monarca se pone frio. Posteriormente el infante menciona otro episodio diferente ya con movimientos convulsivos que una vez más focaliza en el lado izquierdo del cuerpo. Dicha diferenciación resulta útil para comprobar como parece que los testigos diferenciaban bien los diferentes episodios paroxísticos, además por volver a mencionar como dato localizador la mayor afectación de las convulsiones en el lado izquierdo del cuerpo:

*“A las ocho tomo chocolate, parecia que estava algo mas animoso por que dejo avrir la ventana y anduvo con los relojes, pero estando con ellos le dio un demaio pero le duro poco. Despues estuvo frio y le empezo a crecer la calentura y a aumentarse la debilidad de suerte que a la una tuvo movimientos convulsivos en el lado izquierdo, y a las dos el medico que estava adentro le allo con los pulsos decadentes y mui debiles, y llamo a los otros para que le viesen asi, y todos convinieron en que estava mui malo y le recetaron un cordial con unos polvos que yo no se como se llaman.”* (Carta del infante don Luis a su madre del 9 de marzo de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

Al día siguiente otra vez se vuelve a describir un nuevo episodio convulsivo en el lado izquierdo del cuerpo:

*“El rey cada dia peor, pues esta mañana estava al parecer algo mas fuerte, pero le dio una congoja y despues a cada instante ha ido perdiendo fuerzas de manera que los medicos dicen que puede durar mui pocos dias, y que ya en el paraje que esta no tienen ni noche segura. Ha tenido tambien despues esta tarde movimientos convulsivos y fuertes en todo el lado izquierdo”* (Carta del infante don Luis a su madre de 10 de marzo de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)



## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

Fuera de esos episodios que son clínicamente llamativos, las cartas también aluden de manera repetida a otros en los cuales Fernando VI no pierde el conocimiento y solo se le tuerce la boca. Esos ataques clínicamente menos expresivos son llamados “*amagos de perlesia*”. Lo cual es concordante con las descripciones previas de episodios epilépticos sin pérdida de conocimiento. En abril de 1759 se siguen describiendo episodios convulsivos o ataques, que se diferencian de otros que se denominan desmayos, reforzando la impresión de que los testigos diferenciaban bien ambos fenómenos paroxísticos:

*“A las ocho, poco mas o menos, le bolvieron a mudar y al tiempo de levantarle le dio otro demaio como el de antes de aier”* (Carta del infante don Luis a su madre del 1 de abril de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

De los episodios convulsivos destaca el “*accidente*” sucedido el 8 de abril. Dicho episodio es muy interesante para reforzar la impresión del origen epiléptico de las convulsiones. En primer lugar, se da mientras el rey duerme, en segundo lugar la crisis fue precedida de un “*quejido muy extraño*” que orienta a un grito ictal, finalmente se vuelve a mencionar un estado postcrítico prolongado. Todas esas características son muy sugestivas de un origen epiléptico:

*“El rey nos ha dado oi al medio dia un susto grandísimo, pues esta mañana a las seis se durmió, avia tenido malísima noche, con que viendo que dormia tanto y que avia doce oras que no avia tomado alimento ninguno, y que el sueño les parecia malo, por que tenia un quejido mui extraño, le fueron a despertar para que tomase alimento, pero le allaron con un accidente que dios save lo que le ha durado, pues despues que le empezaron a tirar de los brazos y de las piernas y dar muchisimos gritos, no respondia nada ni se movia. Le dieron a oler sal de Inglaterra tampoco le izo nada, le dieron friegas mui fuertes en las piernas con agua de la reyna, a eso empezo a moverse un poco pero sin hablar palabra ni abrir los ojos. Despues le dieron la sal de Inglaterra y agua del carmen con el cordial tapandole las narizes para que tragase. Eso le izo bolver, pero todo esto duro mas de 20 minutos”*(Carta del infante don Luis a su madre del 8 de abril de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

*“El susto de ante ayer domingo a medio dia fué tremendo, porque todos consentimos, viendo que su majestad no respondio llamandole a voces, ni sentia que le tirasen las narices, que havia llegado el fatal momento”* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 10 de abril de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

Posteriormente se vuelve a mencionar más episodios convulsivos en Fernando VI otra vez durante el sueño. Una vez más se describe que las convulsiones afectaban todo el lado izquierdo del cuerpo y un estado posterior sin conocimiento:

*“Amar me ha dicho que segun le ve le parece que esto ya va a su fin, que puede durar mui poco, pues si duerme algo esta amenazado a una perlesia, pues mientras duerme tiene*

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

*continua mente movimientos convulsivos en el lado izquierdo: pierna, brazo, boca y ojo de aquel lado, y si esta despierto esta ravisoso en toda forma, con que sea por uno o por otro dice que este se va acabar y mui presto”* (Carta del infante don Luis a su madre del 10 de abril de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2743)

*“El domingo de ramos, como a las doce del día, nos puso en consternacion un accidente que tuvo a su majestad privado por poco tiempo, al despertar de un largo sueño que hizo suspender el alimento algunas horas, con dictamen de los medicos que estaban observando para dejarle descansar de que estaba muy necesitado, se le acudio con friegas y agua del carmen en el cordial y se recobró prontamente”* (Carta del duque de Béjar a Carlos VII de Nápoles del 20 de abril de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2532)

Resulta curioso que Andrés Piquer en su manuscrito diga que en abril de 1759 el rey deja de tener convulsiones. El galeno da mucha importancia desde entonces al hipo como un síntoma de su enfermedad convulsiva y explica, en función de sus conocimientos médicos, como las convulsiones y el hipo están relacionados como muestra de que la enfermedad afecta al sistema nervioso. Sin embargo, Andrés Piquer hace referencia a las crisis epilépticas que sufre el monarca en los últimos días de su enfermedad, por lo que su afirmación previa de que las convulsiones desaparecen en abril de 1759 no parece del todo certera. Además, en mayo de 1759 el duque de Béjar sigue describiendo un episodio de congoja en el rey que le dejó sin conocimiento por unos minutos.

Lo que sí parece claro es que, si bien previamente los episodios de convulsiones habían sido prácticamente diarios, a partir de mayo la entidad clínica de los mismos pierde fuerza. Otra posibilidad es que hayan seguido sucediendo con la misma frecuencia, pero se hayan dejado de considerar importantes para los testigos.

Finalmente, en agosto de 1759 Fernando VI entra en los días finales de su vida con una clara descompensación epiléptica. Al principio el rey recuperaba el conocimiento entre los ataques, pero finalmente las recuperaciones fueron peor percibidas. Como se ha explicado previamente, el rey entra al final en una situación de bajo nivel de conciencia, con fiebre y problemas respiratorios que le conduce a la muerte el día 10 de agosto de 1759.

La descompensación epiléptica de esos días está muy bien resumida por Andrés Piquer en su manuscrito:

*“El día seis del mismo mes á las nueve y cuarto de la noche, hizo un ruido como de movimiento impetuoso, y habiendo acercado la luz se halló á S. IVL con una perfecta alferecía. Quedó después de ella sin habla, pero no sin sonido. No volvió perfectamente en sí, pues se mantuvo muy azorrido toda aquella noche y la mañana del día siguiente. En la tarde de este día*

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

*le volvió á repetir, y quedó de esta repetición más azorrado que de la otra. El día siguiente miércoles á ocho de agosto le repitió hacia el mediodía, y desde entonces ni se le oyó más sonido ni locución, estando privado enteramente y dando solo algunas señales dudosas de oír algo. El día nueve le repitió dos veces en el día y una en la noche, de modo que se quedó de todo punto privado de sentido y movimiento como los apopléticos”*

El resto de testigos también describen esos días los múltiples ataques epilépticos que sufrió el monarca. Al igual que aportan más información, como por ejemplo focalizar una posición tónica de solo un brazo, aunque sin aclarar de qué lado, o que Fernando VI tenía episodios en lo que se le trababa la lengua, pero sin convulsiones.

*“a las diez menos cuarto de la noche se llenó de susto el palacio porque Piquer, el ayuda de camara, y no sé si algun otro, vieron a su majestad todas las señales de estar en un accidente epileptico, y el primero lo avisó al sumiller y al cura para administrarle la extrema unción, como se practicó a vista de los principales sugetos que concurrieron con tan justo motivo. Yo fui uno de lo que tubieron el dolor de ver a nuestro amo en la mas deplorable situacion, no faltandole nada a la vista para ser verdadera imagen a la muerte. Sin embargo, de que en las acciones que noté al exhotarle el señor inquisidor y el cura, comprendi que entonces no le faltaban los sentidos, si antes le havian faltado....*

*PD. Esta tarde a poco mas de las quatro hemos tenido otro rebato poco mas ó menos como el de anoche, y yo, como todos los que han visto al rey, le hemos creido muy immediato a la agonía.”* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 7 de agosto de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

*“No refiero a vuestra señoría las particularidades del dia, porque se detallan en el informe adjunto, pero tampoco puedo dejar en silencio, que esta tarde a las quatro y media entramos en nuevos sustos noticiosos de que havia repetido el rey el insulto epileptico de anoche. Acudimos todos, y vimos con efecto a su majestad en la misma situacion que en el anterior accidente, y con los mismos sintomas”* (Carta de Ricardo Wall al marqués de Gamoneda del 7 de agosto de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2625)

*“Ayer conté que el accidente epileptico que acometió a su majestad obligó a administrarle la extrema unción, que se reparó algo de él que nos quedó el miedo de la repetición, y que en efecto se verificó ayer por la tarde que creimos no saliese de este, y que sin embargo se difirió el fatal momento....*

*Esta tarde, hallandose aqui el príncipe, há repetido tercera vez a su majestad, y aun há querido dios que no se quede en él. La mejor señal de viviente que se le nota es la de la respiracion, en casi todo lo demas se le vé como un tronco...*

*A las nueve de la noche hé subido a la camara de su majestad para poder comunicar su estado ultimo. Le estaba viendo sin mas movimiento que el de abrir los ojos una vez que se le habló recio, y el de haver apretado la mano al inquisidor general, que le pidió con voz alta lo hiciese para absolverle y aplicarle indulgencia, y esto despues de tomar una cucharada de Pedro ximenez, quando de repente le asaltó uno de los insultos de alferecia. Le vi hacer visages y movimientos a un lado y otro con la boca, mucho mayores de los que son naturales sin accidente y quedarse un brazo como garrote de tieso. Durarian estas contorsiones como cinco minutos; despues se tranquilizó y bolvieron los pulsos y la respiracion a su antecedente estado. No puedo decir mas.”* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 8 de agosto de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

*“Esta tarde a eso de las tres tubimos el nuevo sobresalto de oír havia repetido al rey el accidente, y dicen ha sido este parecido en todo a los anteriores. No obstante, se recobró su*

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

*majestad algo despues, y ha continuado con su grande abatimiento como demuestra la relacion adjunta*

*PD: Ha tenido el rey otro accidente a las nueve de la noche, y yo que lo he visto, le hé creído violento, aunque de poca duracion. No daba otra señal de vida que entre abrir los ojos, y apretar la mano del inquisidor, a solicitud de este, con lo que pudo absolverle. Despues hizo varios movimientos violentos, y al fin se sosegó, y queda ahora en este estado.”* (Carta de Ricardo Wall al marqués de Gamoneda del 8 de agosto de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2625)

*“Es indispensable dar a vuestra merced, en la relacion del lastimoso estado en que tenemos a nuestro pobre enfermo. Esta como seis dias que se le empezó a trabar la lengua, amago del accidente epileptico que le sobrevino anoche a las nueve y quatro, estuvo privado cerca de media hora, acudimos con varios remedios y se logro restablecerle algun tanto....*

*A las quatro de la tarde le repitio el accidente con bastante fuerza y duracion, que me ha llegado a afligir sin poderlo remediar”* (Carta del duque de Béjar a Carlos VII de Nápoles del 1 de agosto de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2532)

*“El accidente epileptico le ha repetido esta tarde a poco mas de las tres, sudoracion no ha sido tanta como otras veces. Aunque los efectos siempre perniciosos, el tal qual consuelo que tenemos es mantenerse el pulso fuerte, aun en medio de los aprietos que desde el primero le privaron del hablar, pero con algunos movimientos y señales de que oye.”* (Carta del duque de Béjar a Carlos VII de Nápoles del 8 de agosto de 1759. Archivo Histórico Nacional. Estado, 2532)

Una vez analizado todas las descripciones realizadas, tanto por Andrés Piquer como por los otros testigos, se puede decir con una alta certeza que Fernando VI sufrió, al menos desde enero de 1759, de varios tipos de crisis epilépticas a ojos de la medicina actual (Figura 81).

Fernando VI sufría crisis epilépticas sin pérdida de conocimiento que se englobarían dentro de las crisis focales sin alteración del nivel de conciencia y con síntomas motores. En general parece que los síntomas motores afectaban a la musculatura facial, pero no queda claro si el rey conservaba el conocimiento cuando también tenía convulsiones en otras partes del cuerpo. En otras ocasiones ya parece claro que el monarca tenía pérdida de conocimiento asociada, en estos casos el rey solía tener afectación motora muy focalizada en el hemicuerpo izquierdo. Finalmente, sí parece que el rey tenía crisis tónico-clónicas en alguna ocasión. Siguiendo las descripciones de Andrés Piquer, en esos episodios generalizados las convulsiones eran por todo el cuerpo y se precedían de una fase tónica.

Resulta interesante discutir la posibilidad de que las convulsiones fueran pseudocrisis<sup>19</sup> y por lo tanto no se tratara de una epilepsia. Al menos excluyendo las que se dieron en los últimos días de su vida, que en todo el contexto de su situación de preterminal sí parecen orgánicas.

---

<sup>19</sup> Es decir, un evento clínico que simula una crisis epiléptica, pero con un origen conversivo o simulado.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

<b>INICIO FOCAL</b>		<b>INICIO GENERALIZADO</b>		<b>INICIO DESCONOCIDO</b>	
Consciente	Alteración de la consciencia	<b>Motor</b> Tónico - Clónico Clónico Tónico Mioclónico Mioclónico - Tónico - Clónico Mioclónico - Tónico Atónico Espasmos epilépticos <b>No Motor</b> Típica Atípica Mioclónica Mioclónica del parpado		<b>Motor</b> Tónico - Clónico Espasmos epilépticos <b>No Motor</b> Arresto de comportamiento	
<b>Inicio Motor</b> Automatismo Atónico Clónico Espasmos epilépticos Hiperclónico Mioclónico Tónico <b>Inicio No Motor</b> Autonómico Arresto de comportamiento Cognitivo Emocional Sensorial		Focal a tónico - clónico bilateral			

**Figura 81.** Clasificación de crisis epilépticas según la Liga Internacional Contra la Epilepsia 2017 (ILAE 2017)

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

La posibilidad de un origen simulado ya era considerada en alguno de estos episodios. Hay que tener en cuenta que el discurso del rey desde el inicio había sido sobre todo en relación a su próxima muerte, la cual entre otras cosas vendría por que le iba a dar un accidente.

En la medicina del siglo XVIII podría considerarse epilepsia a cualquier fenómeno convulsivo, si bien a medida que fue avanzando el siglo sí se empezó a considerar que no todas las convulsiones formaban parte de un fenómeno epiléptico, como cuando se daban en pacientes que tenían histeria por ejemplo (Temkin, 1971). En ese sentido, Andrés Piquer sí tiene claro que el rey sufría crisis epilépticas y así lo dice de manera directa y clara en su manuscrito. Además, hay que recordar como el galeno describe de manera magistral como era el fenómeno convulsivo que sufría el monarca cuando afectaba a todo el cuerpo. En esa descripción se menciona que el fenómeno se iniciaba primero con una fase de contracción brusca de la extremidad que luego era seguida de múltiples alternativas de movimientos. Es decir, una fase tónica seguida de una fase clónica. Circunstancia claramente típica de una crisis tónico-clónica.

El infante don Luis no parece proclive a pensar que las convulsiones sean simuladas. En alguna ocasión expresa " *fingir que le dava algo*" en los eventos en los cuales el rey no pierde el conocimiento y solo tuerce la boca. Fingir podría considerarse con un uso expresivo de que parecía que le iba a dar un ataque convulsivo generalizado, pero que finalmente no sucedía.

Es Ricardo Wall quien llega a pensar sobre la simulación de crisis epilépticas en Fernando VI, tal como describe en sus cartas:

*"Tenemos infinitos sobresaltos, y entre ellos el mas notable de la semana ha sido el del viernes a las nueve de la noche, que cuenta Piquer en su diario, porque consentimos en que el accidente havia privado a su majestad de sus sentidos por todo un quarto de hora, y despues se tiene por cierto que hubo mucha parte de querer su majestad engañar a los asistentes, para que el cura le echase la absolucion, que es una de sus manias continuas."* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 6 de marzo de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

*"los vapores y temblores no havian sido tales ni tan fatales como se sospechó por Piquer y Amar; el otro de que la calentura no se puede afirmar por continua y etica, siendo solo Purcell que la gradua de tal; y haviendose pasado dos meses desde que dijo que dentro de 8 dias seria todo acabado. Al primer supuesto no me opongo porque realmente es dudoso"* (Carta de Ricardo Wall a Tanucci del 20 de marzo de 1759. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

En la medicina actual, las pseudocrisis siguen constituyendo para el clínico uno de los retos diagnósticos más frecuentes y de mayor envergadura. En algunos casos el diagnóstico clínico

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

puede ser muy difícil, aunque existen una serie de características (Tabla 6), que permiten diferenciar la posibilidad de un origen no orgánico ante un paciente con convulsiones (Reuber, Monzoni et al., 2009, Avbersek y Sisodiya, 2010, Chen y LaFrance, 2016).

Las principales claves para el diagnóstico tienen que ver con el patrón del movimiento: generalmente las convulsiones de las pseudocrisis suelen ser arrítmicas, con fases de aceleración y desaceleración y sin tener un patrón de progresión por el cuerpo. Además, los movimientos suelen ser extraños, con un patrón alternante e incluso propositivos. Otros de los datos clínicos que orientan a una pseudocrisis es la tendencia a cerrar los ojos con resistencia a la apertura ocular, o no tener un estado postcrítico y mantener el nivel de conciencia interactuando con el explorador pese a simular una crisis generalizada.

La presencia de una mordedura lingual sobre todo si es lateral orienta a una crisis epiléptica, al igual que el paciente refiera un aura epiléptica previa a la convulsión, la cual es raramente referida en una pseudocrisis. Finalmente hay otros datos clínicos útiles como el patrón de respiración o la presencia de un grito ictal que es típico de una crisis.

La descripción de las crisis convulsivas que sufrió Fernando VI orienta a un origen epiléptico (Figura 82), aunque no se puede descartar la coexistencia de algún episodio no orgánico, algo que también sucede muchas veces en la práctica clínica.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

	<b>Pseudocrisis</b>	<b>Crisis epiléptica</b>
Duración sobre 2 minutos	Común	Raro
Fluctuante	Común	Raro
Ojos y boca cerrada	Común	Raro
Resistencia apertura ocular	Común	Raro
Movimientos alternantes de cabeza y cuerpo	Común	Raro
Mordedura lingual/labio	Raro	Ocasional (lateral)
Dislocación de hombro	Muy raro	Ocasional
Taquipnea	Común	Cesa respiración
Recuerdo del periodo sin conciencia	Común	Raro
Movimientos violentos	Común	Raro
Respiración con estertores tras evento	Raro	Común
Movimientos pélvicos	Ocasional	Raro
Movimientos asíncronicos	Común	Raro
Llanto/enfado tras evento	Ocasional	Muy raro
Crisis en consulta médica/ presencia de testigos	Común	Raro
Opistótonos	Ocasional	Muy raro
Relajación de esfínteres	Ocasional	Común
Aura epiléptica	Raro	Común
Periodo postcrítico	Ocasional	Común
Vocalización	Contenido afectivo	Grito ictal

**Tabla 6.** Diferencias clínicas entre de crisis y pseudocrisis.

En algunos casos el evento clínico puede ser realmente difícil de diferenciar, incluso para un neurólogo experto en epilepsia.



### MOTIVOS PARA PENSAR EN LA ORGANICIDAD DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

Andrés Piquer diferencia clínicamente los episodios de otros fenómenos paroxísticos como el temblor o síncope. El infante don Luis también parece diferenciarlos.

En la medicina del siglo XVIII ya se empieza a diferenciar las convulsiones en otros procesos psiquiátricos como de un origen no epiléptico. Andrés Piquer era un médico con grandes conocimientos de la nueva medicina ilustrada y no duda en llamar epilepsia a las convulsiones del rey.

Andrés Piquer describe las convulsiones generalizadas como con una fase de contracción brusca inicial que se sigue de movimientos alternativos. Lo cual resulta de una gran similitud con una típica fase tónica y clónica, y que resulta muy poco frecuente en una pseudocrisis, más aun en un paciente sin conocimientos ni experiencia clínica como Fernando VI.

Se mencionan claros periodos postcríticos tras los episodios convulsivos generalizados.

Se describe al menos un episodio que se precedió de un grito ictal.

Se describen crisis de diferentes características (no siempre son iguales), pero que todos tienen la misma coherencia clínica desde un punto de vista de una epilepsia focal: crisis sin pérdida de conocimiento con solo alteración de musculatura facial, crisis convulsivas que solo afectan al hemicuerpo izquierdo (nunca se dice derecho) y crisis generalizadas con periodo postcrítico.

Se describen crisis epilépticas durante el sueño o que empiezan sin testigos directos.

No se describe pérdida del control de esfínteres, pero el rey ya tenía una situación continua de pérdida de control de esfínteres, por lo que no parece que hubiera sido un síntoma llamativo a los testigos.

**Figura 82.** Razones para pensar en el origen epiléptico de las crisis convulsivas en Fernando VI.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

### V. PÉRDIDA DE MASA CORPORAL, EDEMAS, DEBILIDAD Y OTROS SÍNTOMAS RELACIONADOS.

Fernando VI desarrolló una pérdida progresiva de masa corporal que le acabó llevando a una situación de caquexia. Las descripciones que se dan del rey en los últimos meses de su vida son nefastas, hasta el punto de compararlo con un cadáver viviente.

Andrés Piquer tiene claro que el origen de dicho problema tiene que ver con la falta de alimentación. Lo cual impresiona de claramente probable si tenemos en cuenta el severo trastorno de la conducta alimentaria que desarrolló Fernando VI. Como se explica previamente, desde el principio la situación más frecuente fue que el rey apenas comiese y lo hiciese con una dieta basada principalmente el caldo de carne. A ese déficit alimentario hay que sumarle también la falta de estimulación motora, entendida como estar en una situación de encamamiento prolongado, que también influyó con seguridad en la pérdida de masa muscular. La desnutrición puede explicar perfectamente la caída del pelo y la barba en Fernando VI.

Tal como se describe, a partir de marzo de 1759 Fernando VI fue desarrollando edemas por todo el cuerpo, si bien parece que luego el problema se estabilizó. Las descripciones hablan de un cuerpo totalmente hinchado por extremidades, abdomen, cara etc. Andrés Piquer menciona específicamente la palabra anasarca para describir la situación de los edemas en el rey:

*“En lugar de convertirse el alimento en sustancia animal, viviente y saludable, se llenaba la superficie del cuerpo de sueros icorosos, crudos, preternaturales, que causaban abotorgamientos en la cara, con color pálido aplomado y entumecimiento en todo el hábito del cuerpo; de modo que en los principios de abril tenía cachexia con extenuación, y andando el tiempo paró en verdadera anasarca; pues ya el rostro, los párpados, las manos, el escroto, los muslos, los pies, los lomos y espaldas estaban bastante hinchados. El vientre unas veces se entumecía, otras se deshinchaba, y esta misma variedad se observaba en la hinchazón de las demás partes; pero á los principios de julio se hizo tan permanente la elevación del abdomen que aunque algunos días variaba, constantemente se mantuvo con la forma que se observa en la hidropesía timpamites.”*

Realmente se dan pocos datos más, pero en las otras cartas se da entender también que los edemas podían tener un componente de mayor magnitud en zonas de reposo y que cuando el rey orinaba disminuían en tamaño. Si bien la discusión etiológica de los edemas resulta conceptualmente muy compleja y se desarrollará más adelante en esta tesis.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

Finalmente, otro de los síntomas claves es que el rey no se podía levantar de la cama. Como se recordará el monarca estuvo encamado desde diciembre de 1758 en adelante. En ocasiones se describen episodios en los cuales el monarca intenta levantarse y se caía al suelo. Los testigos achacan esa situación a la debilidad y desnutrición, ya que asocian esa idea con la realidad de que al rey le fallaban las piernas al ponerse de pie. Resulta como mínimo llamativo que pese a estar encamado el monarca tenía una gran agilidad y fuerza en sus brazos, que se manifestaba por todos los ejemplos de violencia que desarrolló durante esos meses. Todo ello orienta a que el problema estaría enfocado por debilidad a nivel de las extremidades inferiores o bien a un problema de estabilidad de la marcha, lo que se conoce como ataxia. Más adelante en esta tesis se realizará una discusión más completa sobre el problema de la bipedestación. Aun así, este trastorno resulta demasiado complejo de analizar al no tener ninguna descripción clínica que haga una mejor aproximación a dicho problema.

### **VI. FIEBRE.**

La fiebre es uno de los síntomas más difícilmente interpretables. El problema no radica en la descripción de la presencia o no de fiebre, la cual está bastante bien descrita a lo largo de la enfermedad del rey, sino el propio concepto de fiebre.

Actualmente se entiende la fiebre como una manifestación clínica de diversas patologías, principalmente infecciosas, cuyo signo principal es la hipertermia debida al aumento de los pirógenos. La hipertermia es un dato que se mide de manera objetiva de una manera instrumental y cuyos valores están normalizados.

Sin embargo, el concepto de fiebre en la medicina del siglo XVIII es diferente y por lo tanto resultaría impreciso realizar una interpretación conceptual directa.

En pleno siglo XVIII existían divisiones dentro de la medicina sobre si seguir dándole a la fiebre una entidad clínica propia, o considerarla una manifestación sintomática de diversas afectaciones. Probablemente el mejor ejemplo sobre la discusión de la fiebre en la medicina del siglo XVIII lo da Andrés Piquer en su tratado de las calenturas (Figura 83). En dicha obra se recoge los diferentes preceptos, desde los autores más clásicos a los más contemporáneos, donde se ve la

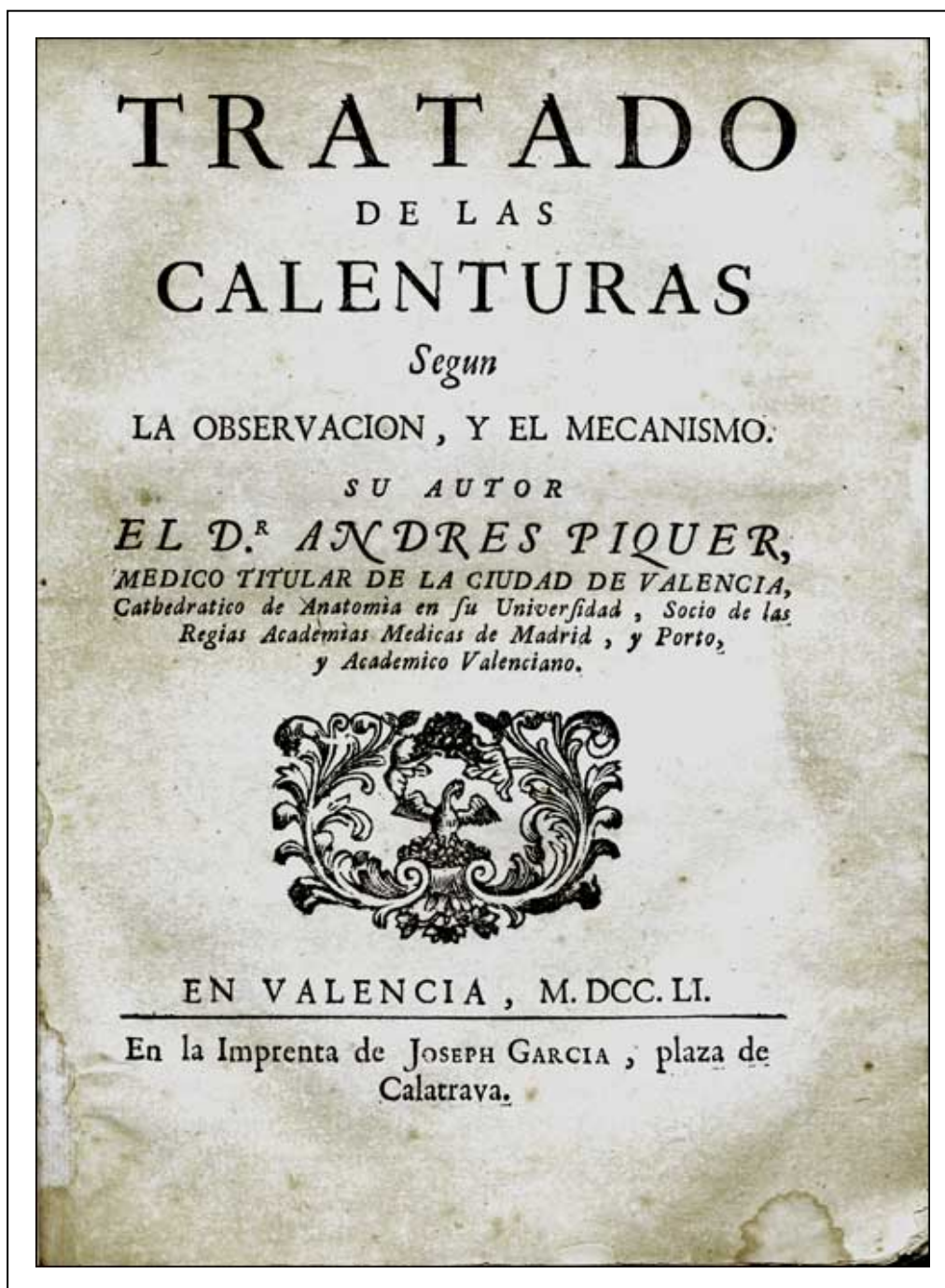
## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

dificultad histórica para definir que es la fiebre. Posteriormente se describe y discute los múltiples tipos de fiebre de una manera que para la medicina actual resultaría sorprendente e irrelevante. Además de las diferencias conceptuales con la actualidad, existe otra gran diferencia que es como se diagnostica la fiebre. La medicina del siglo XVIII estaba iniciándose en la instrumentalización, pero el diagnóstico de fiebre no era a raíz de la toma objetiva de la temperatura corporal, sino por la interpretación subjetiva de la temperatura y la medición de pulsos.

Por todos esos motivos, la descripción de fiebre en Fernando VI resulta confusa para el uso terminológico actual y su interpretación es compleja. A esa realidad se le suma las propias discrepancias entre los médicos sobre la presencia o no de fiebre. Circunstancia el que propio doctor Purcell reconoce y explica a Nápoles de una manera clara:

*“Para que no le causen á vuestra señoría admiracion y pueda venir en conocimiento de lo que las fomentan, bastara acordar a vuestra señoría las que tubimos en Aranjuez sobre la enfermedad de la reina, nuestra señora que esta en gloria. Pues fue notorio en toda la corte que sus dias antes que su majestad muriese, de esa putrefaccion en el vientre manifesta por varias señales nada equivocadas. Dezian y afirmabanse estos mismos con iguales altercaciones que estaba su majestad limpia de calentura, y no dudaron dar esta nota al rey, nuestro señor, a las 4 de la tarde, aunque estuvo la reyna de modo que se creyo ubiese muerto aquella noche. En vista de esto que estrañeza, podra causar que quieran defender ahora que esta su majestad. limpio de calentura doce horas de las 24. Cierito es que a mi no me coge de repente, y si vuestra señoría haze memoria, no se acordara que haze cinco meses que dije a vuestra señoría y a otros que llegaria este carro. Pues previendo que podria sobrevenir a su majestad la hinchazon edematosa que tiene ya haze algun tiempo, discurria consiguientemente que en ese estado todo el recorte y tono de los basos, junto con la rapidez de la sangre, se alteraria que impediria la acción y reaccion de estos que son lo que causan el movimiento acelerado del pulso. Y apareziendo este por lo mismo entonces menos febril, era dificil que pudiesen percibir en ese estado calentura alguna. A los que no la percibieron en primer grado, la equivocaban en el quando era ya notoria”.* (Documento del doctor Purcell para Tanucci de junio de 1759, probablemente 26 de junio. Archivo General de Simancas. Estado, 6090)

Pese a esas dificultades, se puede sacar alguna conclusión. La primera es que no se describe la presencia de fiebre en el rey hasta finales de noviembre de 1758, la segunda es que en los meses siguientes su presencia es irregular, salvo en los últimos días de vida del rey.



**Figura 83.** Tratado de las calenturas de Andrés Piquer. Importante obra del médico español con una gran repercusión y divulgación nacional e internacional. En el texto el galeno analiza, discute y clasifica las fiebres.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

### VII. PROBLEMAS RESPIRATORIOS.

Durante la primavera de 1759 Fernando VI desarrolló problemas respiratorios que describe de manera clara Andrés Piquer en su manuscrito:

*“la respiración que había estado enteramente buena desde entonces empezó a ser laboriosa, sintiendo S. M. opresión en ella, y falta de libertad con cansancio en el hablar, en el beber y en cualesquiera otros movimientos del cuerpo. También desde entonces se empezó a observar un silvo en la garganta que los griegos llaman ranchos y los latinos sibilus.”*

El galeno nos da varios datos que resultan interesantes como: la sensación de opresión, la fatiga al ejercicio y la presencia de ruidos respiratorios. En todo caso parece que los problemas respiratorios se mantuvieron estables, aunque luego ya en el verano de 1759 se complicaron con la aparición de sangre con los esputos.

Lo que parece claro a raíz de las descripciones es que, en los últimos días de su vida, Fernando VI desarrolló una importante dificultad respiratoria con fiebre.

### VIII. OTROS.

A lo largo de su enfermedad, Fernando VI sufrió otros problemas en principio de menor importancia o con una menor trascendencia para la medicina actual.

#### 8.1 Estreñimiento.

En los primeros meses de su enfermedad, Fernando VI tenía un estreñimiento severo que le llevó a grandes periodos sin realizar deposiciones. Esta situación fue tratada con lavativas por parte de los médicos con irregular éxito.

Posteriormente la situación cambia completamente, desde enero de 1759 Fernando VI hace continuamente deposiciones sobre su cama.

## ANÁLISIS DE LA SINTOMATOLOGÍA

### 8.2 Priapismo.

Resulta curioso que Andrés Piquer describa la presencia de este síntoma hasta abril de 1759. El resto de testigos no lo menciona.

### 8.3 Hipo.

Andrés Piquer fecha en el mes de abril de 1759 la aparición del hipo en Fernando VI. Si bien en el resto de documentos analizados ya se menciona dicho síntoma en febrero de 1759. Lo que parece claro es que a lo largo de la primavera de 1759 seguramente el hipo se fue desarrollando con episodios más frecuentes y más largos. Andrés Piquer le dedica una considerable cantidad de texto en su manuscrito a la discusión del hipo, no obstante el contenido de esa discusión resulta bastante irrelevante a ojos de la medicina actual. El galeno lo relaciona con un problema del sistema nervioso, aunque relacionado como un fenómeno convulsivo.

### 8.4 Úlceras.

Fernando VI sufrió múltiples úlceras en las zonas de presión que llegaron a ser muy problemáticas. Se describe como el monarca se las arrasca y estas sangran y llegan a ponerse negras. Afortunadamente para el rey, sí parece que el tratamiento médico en base a curaciones y limpieza surgieron algún efecto positivo en el control de las úlceras.

### 8.5 Hinchazón en las piernas.

Como ya se ha explicado previamente, en el mes de noviembre de 1758 el monarca sufrió un trastorno conductual caracterizado por caminar de manera repetida por horas por el cuarto. Finalmente, de tanto caminar Fernando VI desarrolló dolor en ambas piernas las cuales se mostraban edematosas y con úlceras.

---

## **DISCUSIÓN DE OTROS TABAJOS PUBLICADOS**





## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

### I. INTRODUCCIÓN.

La España del siglo XVIII es la España del antiguo régimen y por lo tanto está regida bajo una monarquía absolutista. Bajo esa condición, la muerte de un rey de una manera tan extraordinaria generó un amplio estado de opinión, tanto entre sus contemporáneos como en las generaciones posteriores que intentaron estudiar lo sucedido realmente durante aquel año.

En la introducción de esta tesis se habló muy brevemente de los otros trabajos leídos que analizaban la enfermedad de Fernando VI. La publicación de esta tesis conllevó la publicación de un artículo en una revista indexada que solo resume de una manera muy superficial la enfermedad de Fernando VI (Fernández-Menéndez, González-González et al., 2016). Ese artículo motivó dos cartas al editor (Fernandez-Vega, 2016, Gargantilla-Madera, Pintor-Holguin et al., 2016) que amplían los trabajos publicados sobre la enfermedad de Fernando VI (Tabla 7).

### II. ANDRÉS PIQUER Y EL DISCURSO SOBRE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI.

La biografía de Andrés Piquer ya se ha desarrollado previamente en esta tesis. El médico aragonés atendió al monarca durante su enfermedad y tras su muerte escribió un manuscrito titulado *“Sobre la enfermedad del Rey nuestro Señor D. Fernando VI (que Dios guarde)”*.

El manuscrito del galeno es una de las principales fuentes primarias de información. En ese trabajo se apoyan prácticamente todos los estudios que posteriormente comentan en mayor o menor medida la enfermedad del rey, incluido esta tesis.

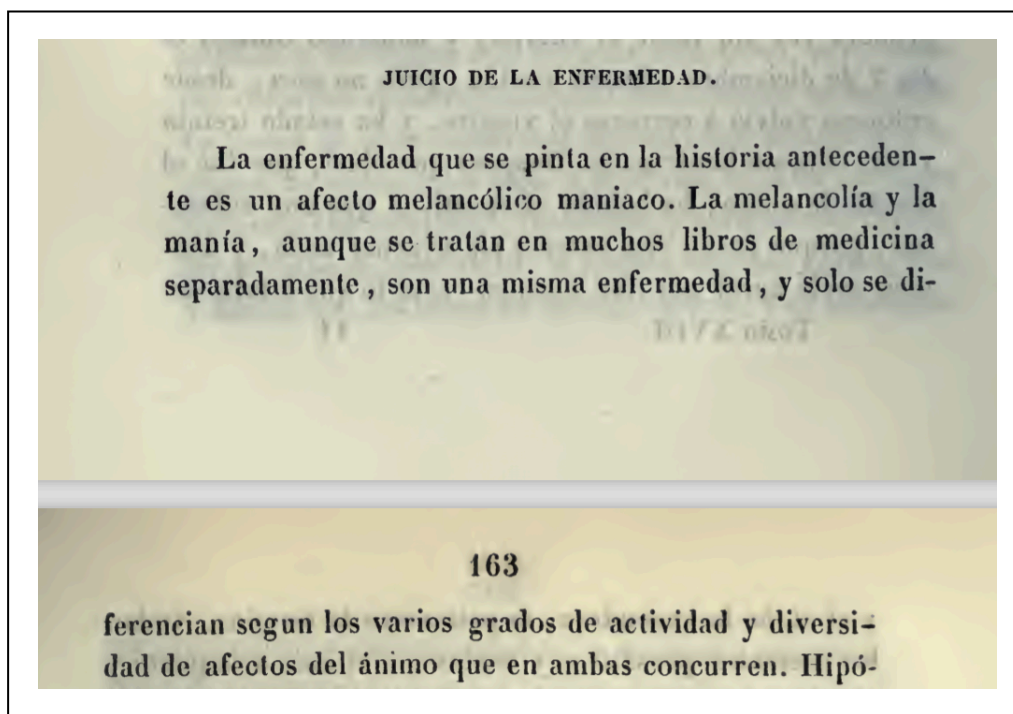
La lectura del manuscrito de Andrés Piquer demuestra la genialidad, la gran capacidad de análisis y razonamiento que tenía el doctor. Andrés Piquer no solo describió magistralmente la sintomatología del monarca, sino que además realizó una completa discusión clínica, etiológica y terapéutica de la enfermedad, aunque en base a los conocimientos médicos que el tenía.

Andrés Piquer diagnostica a Fernando VI de afecto melancólico-maniaco (Figura 84) y establece que la enfermedad del rey reside en el cerebro y todo el sistema nervioso debido a un humor atrabiliar de naturaleza escorbútica.

PRINCIPALES TRABAJOS QUE HABLAN SOBRE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI					
AUTOR	AÑO	ORÍGEN	FUENTES PRICIPALES INVESTIGADAS	CONCLUSIÓN	
Willian Coxe	1813	Historiador	Múltiples, fuentes británicas	Melancolía	
Manuel Danvila y Collado	1893	Historiador	Múltiples	Melancolía deriva en demencia	
Alfonso Danvila	1905	Historiador	Múltiples	No comenta el último año	
Ángela García Rives	1917	Historiadora	Múltiples	¿Melancolía?	
Antonio Vallejo-Nájera	1946	Médico	Manuscrito Andrés Piquer	Depresión agitada	
Lafora	1962	Médico	Manuscrito Andrés Piquer	Psicosis maniaco-depresiva	
Manuel Rios Mazcarelle	1993	Historiador	Múltiples	Locura depresiva	
Pedro Voltes	1996	Historiador	Múltiples	Neurodegenerativa. Alzheimer	
Eduard Vieta y Demetrio Barcia	2000	Médicos Psiquiatras	Manuscrito Andrés Piquer	Trastorno bipolar	
Alfonso Rodríguez	2002	Historiador	Múltiples	Melancolía degenera en demencia	
Pedro Gargantilla	2007	Médico Medicina interna	Secundarias	Tuberculosis SNC	
Guillermo Calleja Leal	2009	Historiador	Múltiples	Melancolía depresiva	
Rosa Basante Pol	2010	Farmacóloga	Múltiples	Trastorno bipolar	
José Luis Gómez Urdáñez	2013	Historiador	Múltiples	Trastorno bipolar	
Pedro Gargantilla	2016	Médico Medicina interna	Secundarias	Encefalitis autoinmune (Anti NMDA)	
Iván Fernandez Vega	2016	Médico Anatomía Patológica	Artículo revista	Enfermedad de Creutzfeld-Jakob	

**Tabla 7.** Trabajos publicados que tratan la enfermedad de Fernando VI. Trabajos que se han encontrado y que tratan sobre la enfermedad de Fernando VI a fecha de realización de esta tesis.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS



**Figura 84.** Diagnóstico de Andrés Piquer de afecto melancólico-maniaco. Andrés Piquer establece como juicio de la enfermedad un afecto melancólico-maniaco, siendo la melancolía y la manía dos partes de la misma entidad. Afirmación que se adelanta muchas décadas a lo que posteriormente se conoció como trastorno bipolar.

El manuscrito de Andrés Piquer es una esencial fuente primaria de información. Su lectura hace experimentar al lector una sensación de estar escuchando a una persona de una gran inteligencia y una gran cultura. Pero no deja de ser un texto médico del siglo XVIII y por lo tanto hay que situar en dicho contexto todo lo que se refleja en él. Es decir, sería un error realizar una extrapolación directa de un diagnóstico concreto en la medicina del siglo XVIII a una entidad nosológica concreta del siglo XXI. La misma consideración tiene que realizarse en la lectura de la descripción de los síntomas, pues su misma descripción puede estar influenciada por las propias ideas previas del observador.

Finalmente, pese a la calidad y utilidad del manuscrito, existen también varias lagunas clínicas que hubieran sido importante tener. Andrés Piquer no aporta datos útiles sobre cómo era la situación cognitiva y la exploración neurológica del monarca, precisamente porque en la medicina del siglo XVIII estos aspectos no habían sido ni siquiera planteados ni concebidos.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

Por todas esas razones el manuscrito de Andrés Piquer tiene considerarse solo como una importante fuente primaria de información del siglo XVIII. Es decir, no como una opinión médica de un autor que se pueda discutir o refutar desde una perspectiva médica actual. Las diferencias conceptuales que hay entre el pensamiento médico de Andrés Piquer y la medicina actual son tan grandes, que una discusión crítica desde la medicina actual de su opinión etiológica, clínica, diagnóstica y terapéutica resultaría absurda. En base a esa afirmación, sería un error interpretar de manera directa y literal el diagnóstico que él hace de afecto melancólico-maniaco por lo que hoy entendemos como trastorno bipolar.

### III. LA HIPÓTESIS DEL TRASTORNO DEL ÁNIMO.

Una gran parte de los trabajos publicados que tratan la enfermedad de Fernando VI, defienden un trastorno del ánimo como causa primaria de la enfermedad. Esa hipótesis es defendida en varias obras escritas tanto por historiadores como por médicos.

#### 3.1 Autores historiadores.

##### **Willian Coxe**

Willian Coxe fue un importante historiador británico del siglo XIX y autor de una gran obra académica. Entre sus trabajos destaca "*España bajo el reinado de la casa de Borbón (1700-1788)*" el cual se puede considerar como un libro esencial para investigar la historia de España del siglo XVIII. Dicho trabajo ha sido varias veces reeditado en español, con una última edición en 2011(Coxe, 2011). En el libro, el historiador británico dedica un capítulo a la muerte de Fernando VI e inicio del reinado de Carlos III. Con respecto a la enfermedad de Fernando VI, Coxe no le dedica especial atención. Para el autor, Fernando VI cayó en la más negra melancolía tras la muerte de la reina. Por ese motivo el rey se encerró en el palacio de Villaviciosa de Odón y allí se negó hacer nada, incluso dejar de comer. El capítulo del libro menciona dos cartas del embajador inglés de noviembre de 1758 donde se habla del desorden mental del rey y su escaso sueño.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

### **Manuel Danvila y Collado**

Manuel Danvila y Collado fue un abogado, político e historiador español de finales de siglo XIX. Entre sus logros destaca haber sido ministro de gobernación y un importante historiador de la real academia de la historia.

El historiador publica a finales del siglo XIX una obra dividida en 6 volúmenes sobre Carlos III y su reinado. Ese trabajo tiene la particularidad de estar publicado bajo la dirección de Cánovas del Castillo.

El Volumen I de esa obra hay un capítulo que trata sobre el último año de Carlos como rey de Nápoles(Danvila, 1893). El autor comenta todo lo que tiene que ver con el aspecto político del vacío de poder por la enfermedad de Fernando VI. Como ya se comentó antes en esta tesis, el autor menciona que tiene en su poder los diarios médicos que se mandaron a Nápoles, siendo probablemente la última pista sobre donde pudieron estar dichos diarios.

Con respecto a la enfermedad de Fernando VI. El historiador hace un resumen de los diferentes sucesos que ocurrieron con Fernando VI y como los testigos pensaron que todo estaba inicialmente relacionado con la tristeza por la muerte de la reina.

En relación al diagnóstico el historiador realiza una reflexión. Lo que parecía inicialmente una melancolía y ligera hipocondría acabó derivando en una verdadera demencia. Hay que tener en cuenta que estamos hablando de la opinión de una persona que no viene del ambiente médico, pero que es ya de finales del siglo XIX. En esta ocasión tenemos la dificultad de interpretar que quería decir el historiador con el término demencia. Independientemente, el historiador habla de melancolía que ya parece fácilmente extrapolable a un trastorno depresivo.

### **Alfonso Danvila y Burgero**

Alfonso Danvila y Burgero fue el hijo del anterior autor. Heredó de su padre la afición por la historia y ejerció de diplomático en varios países. En su libro "*Fernando VI y doña Bárbara de Braganza (1713-1748)*" habla sobre Fernando VI aunque deja el relato en 1748, por lo que no trata el último año del monarca(Danvila, 1905). Aun así, la obra resulta de interés para el caso ya que se menciona, sin entrar en detalles, el episodio melancólico que sufrió Fernando VI en 1744.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

### **Ángela García Rives**

Ángela García Rives fue la primera mujer bibliotecaria de España, trabajo que consiguió por oposición en 1913. Mujer de gran cultura, fue también de las primeras mujeres con títulos universitarios en España. En 1917 realiza su tesis doctoral sobre Fernando y Bárbara de Braganza en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Madrid (Figura 85).

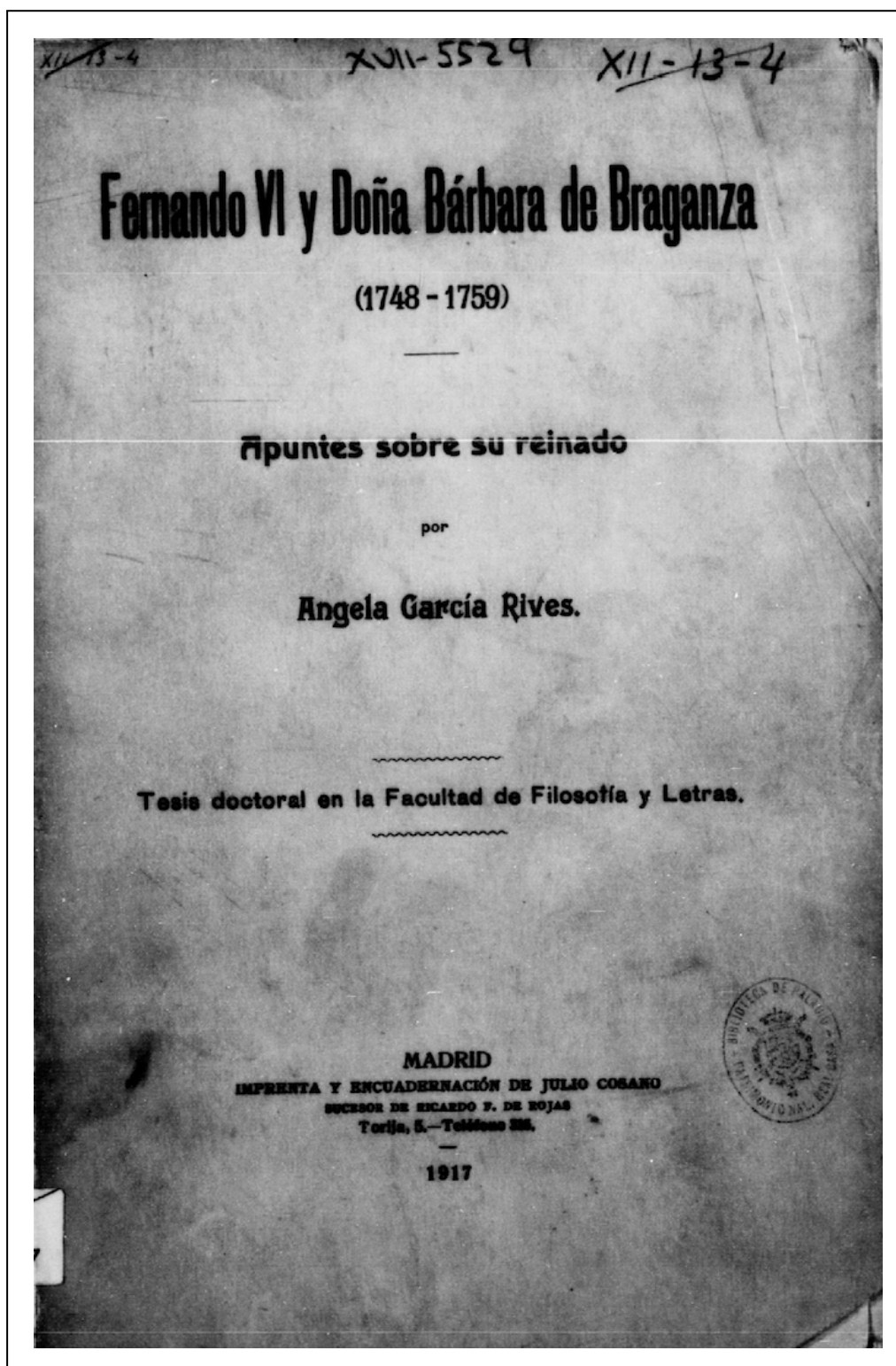
La bibliotecaria analiza en su tesis la figura y reinado de Fernando VI. En dicha tesis se le dedica un capítulo a la enfermedad de la reina y otro a la enfermedad del rey. La autora analiza el año sin rey respaldada con documentación histórica y describe las diferentes alteraciones conductuales de Fernando VI. De la misma manera, examina los juegos en el poder a medida que se va viendo que la situación del monarca es irreversible o incurable.

La tesis es de gran calidad, pero la futura doctora no entra en ningún tipo de análisis clínico sobre la enfermedad del monarca. En la tesis se da entender que el problema principal de Fernando VI era la melancolía, que por el contexto se puede interpretar por lo que hoy entendemos como un trastorno depresivo.

### **Manuel Ríos Mazcarelle**

Manuel Ríos Mazcarelle es un historiador y autor de múltiples trabajos de divulgación histórica, entre el que se encuentra el trabajo dedicado a la vida privada de los borbones (Ríos Mazcarelle, 1993). En la parte del libro dedicado a la muerte Fernando VI, describe algunas alteraciones conductuales y otra sintomatología que sufrió el monarca. En relación al diagnóstico, el historiador considera que el rey quedó sumido en una gran aflicción tras la muerte de la reina y quedó dominado por una gran melancolía, que progresivamente acabó derivando en una locura depresiva.

Una vez más, partimos de una opinión de una persona ajena a la medicina que vuelve a mencionar un posible trastorno del ánimo como causa de la enfermedad. En este caso el término locura depresiva vuelve a ser fácilmente interpretable como trastorno depresivo. En este caso el autor añade la importancia del deterioro físico asociado a la desnutrición como causa importante del empeoramiento general.



**Figura 85.** Tesis doctoral de Ángela García Rives (1917). La autora realizó su tesis doctoral en la España de inicios del siglo XX, lo cual le otorga un doble mérito. Documentación obtenida para su publicación en esta tesis gracias a la colaboración de la Real Biblioteca.



## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

### **Alfonso Rodríguez y Gutiérrez de Ceballos**

“*Un reinado bajo el signo de la paz, Fernando VI y Bárbara de Braganza*” es un libro monográfico escrito por múltiples autores. Dicho libro tiene un capítulo que trata la enfermedad de Fernando VI escrito por el historiador Alfonso Rodríguez y Gutiérrez de Ceballos (Rodríguez y Gutiérrez de Ceballos, 2002).

El historiador, que es además catedrático emérito de la universidad autónoma de Madrid y académico de la real academia de bellas artes de san Fernando, comenta la enfermedad de Fernando VI en su capítulo. Para el autor, Fernando VI fue presa de tal melancolía y abatimiento tras la muerte de su esposa que degeneró en demencia e insania.

Una vez más, tenemos el problema de que se refiere conceptualmente el autor como demencia, pero se da a entender como una situación globalmente mala derivada de un trastorno depresivo.

### **Guillermo Calleja Leal**

Guillermo Calleja Leal es un historiador, profesor de la universidad Antonio de Nebrija y autor de varios trabajos de divulgación histórica.

Con motivo del 250 aniversario de la muerte de Fernando VI se organiza una exposición conmemorativa llamada “*Fernando VI. Semblanza de un reinado de paz, justicia y progreso, 1746-1759*”. Guillermo Calleja Leal es el comisario de la exposición y se encarga de escribir un capítulo en el catálogo del evento. En el texto, el historiador tampoco entra en gran detalle en tratar la enfermedad de Fernando VI, ya que delega dicha discusión a otro capítulo de una compañera (no encontrado en la búsqueda).

Calleja Leal considera que Fernando VI fue presa del fallecimiento de su amada esposa. Esta circunstancia provocó el derrumbamiento moral del rey. Para el autor, Fernando VI ya estaba previamente enfermo de una neuroastenia o melancolía depresiva incurable que llegaba a los límites de la locura. Hasta entonces su esposa había servido de tratamiento para las crisis maniaco depresivas, pero al faltar la reina el monarca no pudo superar su última crisis que le llevo a la muerte.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

Una vez más el autor viene de un mundo ajeno a la medicina, pero utiliza conceptos fácilmente entendibles. En cierta manera, Calleja Leal viene a decir que Fernando VI era una persona con un trastorno del ánimo previo con antecedentes de crisis depresivas, aunque también utiliza el término maniaco depresivas. La descompensación psicopatológica que le produjo la muerte de la reina fue irrecuperable, a raíz precisamente de faltar su gran apoyo terapéutico hasta entonces.

### **José Luis Gómez Urdáñez**

José Luis Gómez Urdáñez es un historiador y catedrático de historia moderna de la universidad de la Rioja. Experto en el siglo XVIII, es autor de múltiples trabajos que divulgación histórica y premiado a nivel internacional por sus investigaciones.

Gómez Urdáñez es autor de dos obras complementarias sobre Fernando VI, "*Fernando VI y la España discreta, el reino*"(Gómez Urdáñez, 2013a) y "*Fernando VI y la España discreta, el rey*"(Gómez Urdáñez, 2013b) (Figura 86)

En el libro que trata sobre el rey, el historiador explica la enfermedad de Fernando VI durante su último año de vida. En este caso la enfermedad de Fernando VI se explica por un trastorno evidentemente psiquiátrico. El autor considera que el rey sufrió una neurosis maniaco depresiva que al final degenera en un deterioro físico irreparable. Gómez Urdáñez justifica el origen psiquiátrico de la enfermedad en base a que Fernando VI sufrió en su juventud episodios depresivos.

El autor no viene tampoco del mundo médico pero su diagnóstico parece claro y completamente entendible<sup>20</sup>, por lo que no está abierto a ninguna interpretación.

---

<sup>20</sup> El autor quiere decir que Fernando VI tenía un trastorno bipolar.



**Figura 86.** Fernando VI y la España discreta, el rey. Libro publicado por la esfera de los libros del historiador riojano Gómez Urdáñez. El historiador trata de manera específica la figura de Fernando VI, incluido su enfermedad durante su último año de vida.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

### 3.2 Autores médicos o científicos.

Existen varios autores médicos o científicos que han publicado trabajos sobre la enfermedad de Fernando VI y que la orientan hacia a un trastorno del ánimo.

#### **Antonio Vallejo-Nágera.**

Antonio Vallejo-Nágera fue el primer catedrático de psiquiatría en la universidad española y autor de un número elevado de trabajos psiquiátricos.

El médico publica en 1946 un libro llamado "*Locos egregios*" (Vallejo-Nágera, 1946) que analiza a diversos personajes históricos en función de la alteración mental que padecían. En ese libro el psiquiatra le dedica un capítulo a Fernando VI y su enfermedad. El doctor comenta que Fernando VI se parecía a su padre en que era una persona débil y melancólica. Al igual que otros autores, le da importancia a un episodio depresivo que sufre Fernando VI en el pasado y que dura 13 meses.

Sobre la enfermedad de Fernando VI en su último año de vida, el doctor Vallejo-Nágera establece que el rey murió de las complicaciones orgánicas que le causó una depresión agitada con síntomas esquizofrenoides. También describe los síntomas basándose principalmente en el manuscrito de Andrés Piquer.

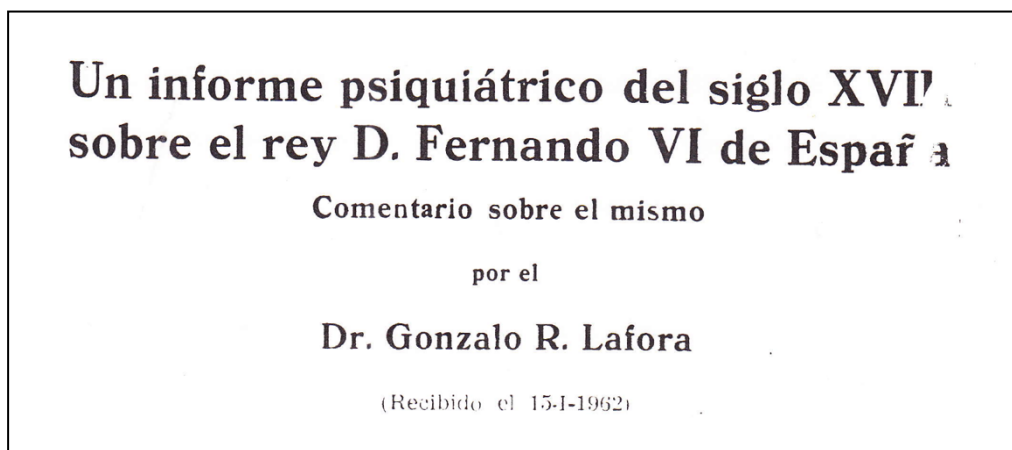
En esta ocasión tenemos la primera aproximación diagnóstica que viene desde la medicina, concretamente desde la psiquiatría. En este caso, el médico también opina que la causa de la enfermedad del rey es un síndrome depresivo que derivó en múltiples complicaciones orgánicas.

#### **Gonzalo Rodríguez Lafora.**

El doctor Gonzalo Rodríguez Lafora fue un importante médico español dedicado a la neurología, psiquiatría y neuropatología. Entre sus méritos destaca ser autor de una gran obra científica reconocida internacionalmente y haber sido discípulo de Santiago Ramón y Cajal. Además, fue el descubridor de una enfermedad que cursa con una epilepsia mioclónica progresiva y que lleva su nombre (Franceschetti, Michelucci et al., 2014).

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

Lafora también investiga sobre la enfermedad de Fernando VI y publica un artículo sobre ello en archivos de neurobiología en 1962(Rodríguez Lafora, 1962). En dicho artículo, el doctor Lafora comenta y analiza de manera exclusiva el manuscrito de Andrés Piquer (Figura 87).



**Figura 87.** Artículo del doctor Lafora sobre la enfermedad de Fernando VI. El doctor Lafora escribió un artículo sobre la enfermedad de Fernando VI y el manuscrito de Andrés Piquer en 1962.

Lafora destaca la genialidad del galeno a la hora de: establecer en una misma unidad nosológica la psicosis maniaco-depresiva, separar factores determinantes como la herencia y desencadenantes como los factores metabólicos y emotivos, y por último localizar en el cerebro el origen de la enfermedad del monarca.

Lafora además comenta los tratamientos que recibió el monarca y hace una interesante explicación a la importancia que le da Andrés Piquer al escorbuto. Lafora explica ese razonamiento de Andrés Piquer en base a la alta presencia de escorbuto en los pacientes psiquiátricos crónicos de las instituciones psiquiátricas del siglo XVIII. Lafora da a entender en su artículo que acepta el diagnóstico de afecto melancólico-maniaco de Andrés Piquer en el sentido de una psicosis maniaco-depresiva.

### **Eduard Vieta y Demetrio Barcia**

Eduard Vieta y Demetrio Barcia son dos reconocidos y premiados psiquiatras españoles. Dicho reconocimiento viene de una gran labor de investigación y de divulgación científica,

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

principalmente en los trastornos del ánimo. Eduard Vieta es actualmente jefe del servicio de psiquiatría y profesor de la universidad de Barcelona. Desgraciadamente Demetrio Barcia ha fallecido recientemente.

Ambos doctores también analizan la enfermedad de Fernando VI en un libro monográfico. En dicho trabajo se trata y analiza con detalle el manuscrito de Andrés Piquer (Vieta. y Barcia, 2000). Los autores dan una serie de razones para pensar que Fernando VI sufría un trastorno afectivo, concretamente un trastorno bipolar (Figura 88).

Partiendo de esa enfermedad como fondo patológico, los autores consideran que Fernando VI sufrió un episodio de depresión melancólica muy grave acompañado de ideas delirantes. Dicho episodio depresivo se parece a un episodio mixto ya que asocia algunos síntomas maniformes como la verborrea, la excitación, la falta de sueño etc. Finalmente, los médicos creen que la causa de la muerte de Fernando VI debió ser un accidente vascular cerebral.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI QUE SUGIEREN EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR**

1. Edad de inicio.
2. Ciclicidad de los episodios.
3. Remisión completa interepisódica.
4. Conservación de las funciones cognitivas, salvo en las últimas semanas de vida (posible trombosis cerebral) .
5. Ideas delirantes de culpa y nihilistas.
6. Intentos repetidos de suicidio.
7. Episodios depresivos bien documentados.
8. Posibles episodios hipomaníacos y prodigalidad.
9. Verborrea y desinhibición (último episodios).
10. Estacionalidad.

**Figura 88.** Argumentos para defender la hipótesis del trastorno bipolar. Los psiquiatras Eduard Vieta y Demetrio Barcia defienden que Fernando VI sufrió un trastorno bipolar en base a una serie de razones.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

En relación a los antecedentes familiares y personales de Fernando VI, los médicos dan importancia al antecedente familiar de Felipe V y al episodio depresivo que sufrió Fernando en 1743. Los autores reconocen que no hay claros datos documentales para pensar en episodios maníacos o hipomaniacos a lo largo de la vida de Fernando VI. Sin embargo, consideran que la vida de alto nivel de gasto con episodios de conducta inapropiadamente prodigas podrían haber sido episodios hipomaniacos. Dichos episodios pudieron haber pasado desapercibidos por el alto nivel de tolerancia general a lo que se supone los gastos comunes de una corte absolutista europea del siglo XVIII. Los médicos también sugieren que las crisis epilépticas que describe Andrés Piquer eran realmente pseudocrisis.

Probablemente este monográfico sea la obra que mejor analiza clínicamente la enfermedad de Fernando VI con una perspectiva médica actual. No obstante, como se ha descrito en la introducción de esta tesis, la cobertura argumental de este trabajo en relación al último año de vida del rey se basa únicamente en la interpretación del manuscrito de Andrés Piquer. Si bien, cuando se comenta los antecedentes personales y familiares de Fernando VI sí usan otras fuentes de información.

### **Rosa Basante Pol**

Para acabar la descripción de las obras publicadas que defienden un trastorno del ánimo, hay que hablar de Rosa Basante Pol.

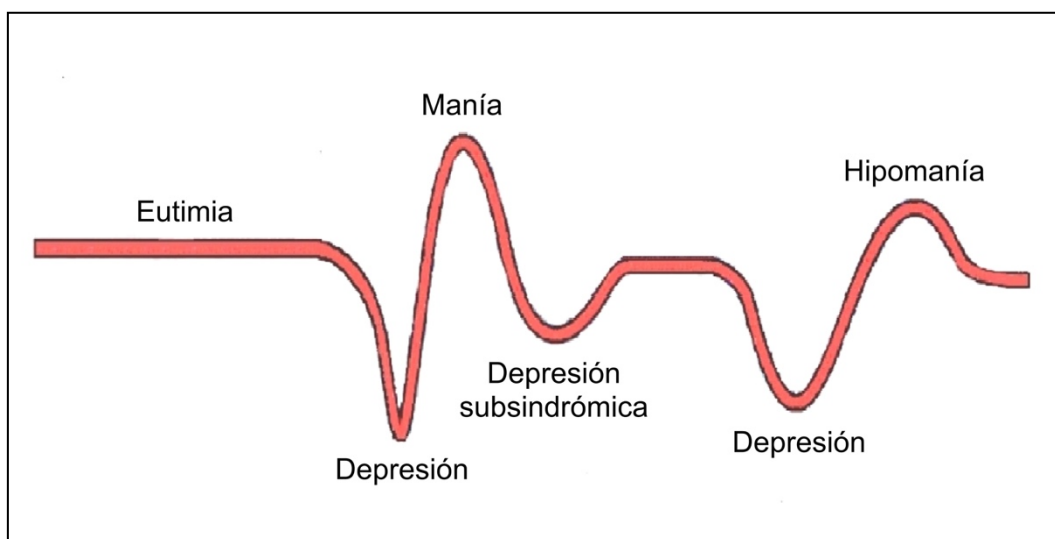
Basante Pol es doctora en farmacia, fue profesora universitaria de la Universidad Complutense de Madrid y es una reconocida y premiada investigadora. De todos sus trabajos, destaca por su interés en esta tesis el ensayo que realiza para la Real Academia de Farmacia titulado "*La demencia de un Rey: Fernando VI (1746-1759)*" (Basante Pol, 2010). El ensayo es realizado en base a una amplia investigación documental y se enfoca sobre todo en el aspecto terapéutico de la enfermedad del monarca. Con respecto al diagnóstico, la autora establece que el monarca padeció una demencia mortal posiblemente hereditaria que podría ser lo que se conoce en la terminología actual como un síndrome bipolar, aunque no realiza una discusión clínica diferencial.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

### IV. SOBRE LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO.

Los trastornos del ánimo o del humor son una de las patologías más importantes dentro de la psiquiatría por su frecuencia y morbimortalidad. Para comprender los trastornos del ánimo hay que partir del concepto del estado de ánimo como un continuo. Existe una situación basal o normal llamada eutimia sobre la cual hay variaciones a la baja como la depresión o al alza como la manía (Sadock, Sadock et al., 2015) (Figura 89). Estas variaciones del ánimo se manifiestan clínicamente a modo de signos y síntomas que incluyen la alteración de la conducta, el patrón alimentario, alteraciones cognitivas y otros síntomas vegetativos como los ritmos biológicos, sueño y sexualidad.

La polaridad del ánimo se muestra a la baja con la depresión (APA, 2013). En estos casos el paciente tiene sentimientos de tristeza, falta de esperanza, infelicidad, sensación de vacío, falta de energía y anhedonia, es decir una pérdida de interés por las actividades y la incapacidad de sentir placer. Otra de las características es que generalmente los síntomas son peores por las mañanas con una mejoría a lo largo del día.



**Figura 89.** Polaridad del estado de ánimo.

Gráfico que representa las variaciones del humor desde un estado de ánimo normal o eutimia. Las alteraciones del ánimo al alza serían manía o hipomanía, a la baja sería depresión o depresión subsindrómica.



## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

La depresión se asocia a una importante morbimortalidad. Por un lado, el estado de depresión lleva a los pacientes a una falta de motivación con dificultad para realizar nuevas actividades y tomar decisiones, lo cual tiene grandes repercusiones funcionales. Por el otro lado, un estado deprimido hace que los pacientes tengan pensamientos sobre la muerte, algunos de ellos pueden llegar a tener ideas de suicidio e incluso llegar a intentarlo.

Sobre todo eso, los pacientes desarrollan alteraciones sobre el apetito, del sueño y alteraciones cognitivas con mayor afectación de la atención y concentración. Los problemas cognitivos asociados a una situación de depresión son clínicamente tan expresivos que pueden llegar a simular una demencia, situación que se conoce como pseudodemencia depresiva y cuyo diagnóstico diferencial puede ser clínicamente difícil (Schulz y Arora, 2015).

Realmente dentro de los trastornos depresivos existe bastante heterogeneidad (Thase, 2013), lo cual lleva a la caracterización de varias especificidades. El uso terminológico actual de melancolía o depresión endógena (APA, 2013) se utiliza en el contexto de una depresión donde destaca de manera clara una severa anhedonia, con una ausencia casi total de la capacidad de placer, un estado de ánimo que no aumenta con acontecimientos deseados y que es desproporcionadamente bajo con respecto a los factores externos desencadenantes y profundos sentimientos de culpa. (Parker, Fink et al., 2010)

Para finalizar, es importante mencionar que hay que diferenciar una depresión de un estado de duelo, donde el estado de ánimo es congruente con la situación que la causa.

El otro extremo dentro de los trastornos del ánimo sería la manía donde el paciente tiene un ánimo muy elevado o expansivo (APA, 2013). En estos estados el paciente se muestra eufórico, con sentimientos de grandeza, una autoestima exagerada, y tan llenos de energía que se encuentran impulsivos o desinhibidos. Los síntomas incluyen además fuga de ideas, verborrea, agitación, gran interés por participar en todo tipo de actividades y síntomas psicóticos. Otras características típicas de un episodio maniaco es que los pacientes tienen menos necesidad de sueño pese a dormir muy poco, este síntoma es diferente al insomnio donde al paciente le cuesta dormir, pero se siente cansado.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

Los pacientes con un episodio maniaco tienen alteraciones cognitivas a modo de falta de juicio y un importante déficit de atención, lo que los lleva a tener dificultad para razonar y tomar decisiones de manera correcta. Todo ello hace difícil que el mismo paciente reconozca su condición como patológica (Sadock, Sadock et al., 2015). Lo cual es problemático ya que los pacientes en una situación de manía tienen una severa repercusión social y funcional con incumplimientos de las reglas sociales y facilidad para crear problemas.

Para finalizar, la hipomanía es un episodio maniaco no suficientemente severo para causar esa interferencia social y sin acompañarse de síntomas psicóticos (APA, 2013)

La caracterización de la patología del ánimo se complica más con los episodios de características mixtas. Estos episodios se definen por cumplir criterios de un episodio depresivo, maniaco o hipomaniaco, pero acompañado de varios síntomas que corresponden a una polaridad contraria (APA, 2013).

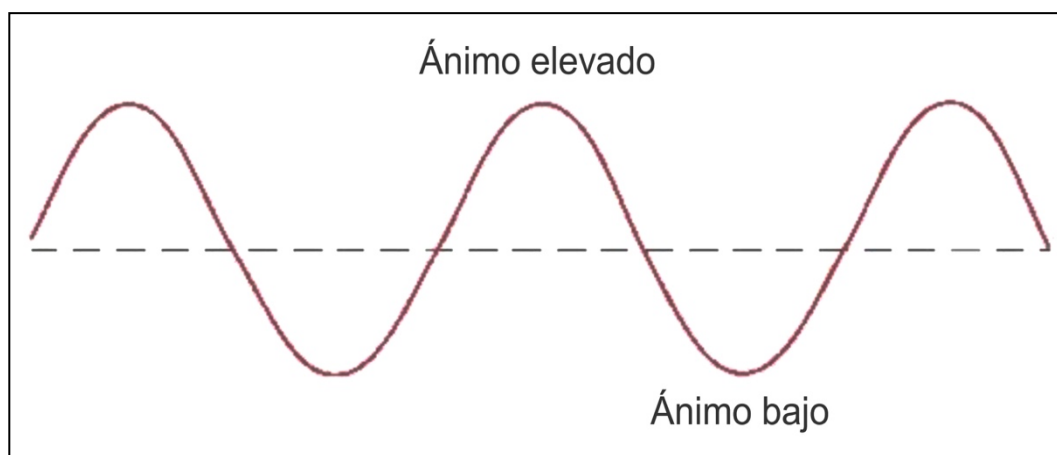
Dentro de los trastornos del ánimo, se entiende como episodio de depresión unipolar como aquellos episodios depresivos mayores que se dan en un individuo que no desarrolla nunca episodios maníacos. Es importante también diferenciar esta patología con el concepto de distimia o trastorno depresivo persistente. En este caso los estados de ánimo del individuo están generalmente bajos, pero sin que los síntomas sean tan graves como una depresión mayor (APA, 2013)

Por el contrario el trastorno bipolar (Figura 90) se caracteriza porque en un mismo individuo coexisten episodios depresivos y maníacos (Belmaker 2004), cuya ciclación es variable incluido la posibilidad de ciclaciones rápidas.

El trastorno bipolar tipo I se define por la aparición de al menos un episodio maniaco, mientras que el trastorno bipolar tipo II, históricamente peor definido (Vieta, 2008), se reserva para aquellos pacientes que tienen al menos un episodio depresivo y otro hipomaniaco, pero nunca episodios maníacos (APA, 2013).

El concepto de ciclotimia sería episodios recurrentes de situación subsindrómicas depresivas e hipomaniacas (APA, 2013).

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS



**Figura 90.** Ciclación del ánimo en un trastorno bipolar.

En un trastorno bipolar el individuo sufre alteraciones del ánimo entre estados de manía y depresión. Generalmente los estados de depresión son mucho más frecuentes que la situación de manía.

En un trastorno bipolar los episodios depresivos suelen ser mucho más prevalentes que los episodios maníacos (Judd, Akiskal et al., 2002, Baldessarini, Tondo et al., 2014). Por lo que el diagnóstico diferencial más difícil del trastorno bipolar sería con el trastorno depresivo mayor o unipolar recurrente. Esa dificultad diagnóstica se refleja porque un individuo puede tener durante muchos años varios trastornos depresivos recurrentes y tardar en hacer un episodio maniaco. Sin embargo, se considera probable que los pacientes hayan desarrollado previamente episodios maníacos subsindrómicos. (Vieta, Salagre et al., 2018).

Con respecto a las características epidemiológicas, los trastornos bipolares suelen empezar al inicio de la edad adulta y adolescencia, mientras que los trastornos unipolares o depresivo mayor suelen diagnosticarse más tarde y ser más frecuentemente en mujeres (Sadock, Sadock et al., 2015).

Con respecto a los factores de riesgo, destaca la importancia de los antecedentes familiares para el trastorno bipolar (Craddock y Sklar, 2013). De hecho, los estudios longitudinales muestran como principal factor de riesgo el antecedente parental de un trastorno bipolar de inicio juvenil (Vieta, Salagre et al., 2018).

Para concluir, es interesante señalar que los déficits cognitivos de los pacientes con trastornos del ánimo van más allá del episodio agudo que estén sufriendo en ese momento. Se sabe que los pacientes bipolares eutímicos suelen tener déficits cognitivos sobre todo en memoria verbal

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

y funciones ejecutivas (Mur, Portella et al., 2007, Martínez-Aran, Torrent et al., 2008). De la misma manera, los pacientes con depresiones unipolares puede seguir con déficits cognitivos aunque estén en estado de remisión (Hammar y Ardal, 2009).

### **V. UN TRASTORNO DEL ÁNIMO COMO CAUSA DE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI.**

Los trabajos publicados que establecen un trastorno del ánimo como causa de la enfermedad de Fernando VI comentan dos posibilidades. Por un lado, que haya sido un trastorno depresivo mayor o unipolar, por otro lado, que haya sido un episodio depresivo dentro de un trastorno bipolar. En general se suele hablar como factores muy importantes en Fernando VI: los antecedentes familiares, el episodio depresivo previo en 1743 y la importancia de la muerte de la reina Bárbara como factor de descompensación psicopatológica. Todo ello sumando a la propia sintomatología que desarrolló Fernando VI en ese último episodio, con un discurso sobre su muerte e supuestos intentos de suicidio.

Se puede establecer una serie de fortalezas y debilidades en relación a la hipótesis que vincula un trastorno del ánimo como causa principal de la enfermedad de Fernando VI. Dicha discusión se expone a continuación.

#### **5.1 Los antecedentes familiares. Felipe V.**

Tal como se ha explicado previamente en esta tesis, en la familia Borbón había muchos y claros ejemplos de personas con probables trastornos mentales. De todos ellos, Felipe V es el más importante para el caso que concierne esta discusión (Figura 91). El primer rey Borbón de España no deja de ser el padre de Fernando VI y además sufrió importantes alteraciones conductuales durante su reinado. Previamente en esta tesis ya se dedicó un apartado entero para repasar la vida de dicho monarca.

Tal como se analizó, Felipe V sufrió un trastorno mental importante y crónico desde su juventud. El cual le llevó a múltiples episodios de inanición con alteraciones conductuales muy llamativas.



**Figura 91.** Felipe V, rey de España.

Óleo sobre lienzo de Jean Ranc. Actualmente en el Museo Nacional del Prado. Sin duda el primer Borbón en reinar en España sufrió importantes alteraciones conductuales desde su juventud y que le acompañaron toda su vida. Su figura ha sido analizada por varios estudios. Se considera probable que haya sufrido un trastorno bipolar.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

No se ha querido entrar en una discusión etiológica o sindrómica de la enfermedad de Felipe V por no ser ese el objetivo de esta tesis. Existen varias publicaciones que establecen un trastorno bipolar como causa más probable de la enfermedad de Felipe V.

### **5.2 Los antecedentes personales y los episodios depresivos previos.**

Varios trabajos hacen referencia a los episodios depresivos previos de Fernando VI. En base a esos antecedentes se puede dar más fuerza argumental a la hipótesis de un trastorno del ánimo como causa de fondo en la enfermedad de Fernando VI.

Previamente en esta tesis se ha desarrollado la discusión sobre los antecedentes personales de Fernando VI y se desarrolla con más profundidad esta cuestión.

Lo primero que llama la atención a la hora de analizar dichos antecedentes es la menor cantidad de información que existe con respecto a Felipe V. Mientras que los casos de inacción de Felipe V están muy bien reflejados en la literatura, los supuestos episodios depresivos de Fernando VI parecen que están menos reflejados y desarrollados en las fuentes. Esa circunstancia orienta a pensar como probable que esos episodios tuvieron una menor magnitud clínica o menor repercusión funcional de los posibles episodios depresivos de Felipe V.

La segunda consideración es que parece claro que Fernando VI solo sufrió de manera clara un severo episodio de “vapores”, donde predominaba la inacción y la apatía. Dicho episodio duró 13 meses y debió darse entre 1743 y 1744, es decir cuando Fernando tenía entre 30 y 31 años de edad. Por los datos que se tienen y ya expuestos previamente en esta tesis, sí parece muy probable que Fernando haya sufrido un episodio depresivo en esa fecha.

Un tercer punto de interés es la posibilidad de que Fernando VI haya sufrido un episodio maniaco o hipomaniaco previamente. En este caso, no hay datos que orienten a esa posibilidad.

Es cierto que en Fernando VI sí se recogen “*furores*”, pero eso no es suficiente para considerar dichos episodios como de manía o hipomanía, de hecho, parecen episodios de irritabilidad más que un estado eufórico. En relación a la vida de alto gasto y majestuosidad en la corte, a ojos actuales sería considerado dentro de una conducta de ánimo expandido, sin embargo, en el contexto de una corte real absolutista europea del siglo XVIII la excepción sería casi lo contrario.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

Si bien es cierto que como se ha dicho previamente en esta tesis, los festejos y celebraciones de la corte de Fernando VI fueron especialmente famosas y grandilocuentes. No obstante, parece que era la reina la principal promotora de tanta grandilocuencia.

Teniendo en cuenta lo bien descrito que están las alteraciones conductuales en Felipe V, resultaría bastante probable que se hubiera recogido algún episodio abigarrado de las mismas características en Fernando VI. Por ello, se puede considerar como poco probable que Fernando VI hubiera sufrido algún episodio de manía o hipomanía previamente, con lo que la ciclicidad de los episodios no se puede considerar como probable.

Para finalizar, hay que referirse a los rasgos de personalidad de Fernando VI y su situación anímica general, algo que ya se ha descrito previamente en esta tesis. Las fuentes hablan de Fernando VI como una persona con una "*melancolia sombría*" que no era tan viva como la de su padre, pero sí constante y mantenida en el tiempo. Asimismo se refleja como su mujer y Farinelli le ayudaban a levantar el ánimo. Las fuentes también dejan bien reflejado en Fernando VI un importante trastorno obsesivo con la muerte y la enfermedad, acompañado de una actitud triste, tímida y retraída. Por todo ello, se considera muy probable que Fernando VI haya sido una persona con distimia y con unos rasgos de personalidad obsesivos con la muerte y la enfermedad. Esa afirmación implica en Fernando VI una situación de ánimo bajo y no eutimia entre el episodio depresivo de 1743-1744 y el inicio de su enfermedad final de 1758-1759.

### **5.3 El fallecimiento de la reina Bárbara de Braganza. Un factor descompensante.**

En la lectura de toda la enfermedad de Fernando VI hay un factor que resulta claro e importante. Existe una clara correlación temporal entre la enfermedad y muerte de Bárbara de Braganza y el inicio de la enfermedad de Fernando VI (Figura 92).

Hay que recordar que existen datos documentales suficientes como para decir que Fernando VI estaba muy unido a su mujer y que esta era uno de sus principales puntos de apoyo personal. Por todo ello se considera como muy probable que la muerte de la reina significó un importante golpe anímico en el monarca, con las consecuencias de las posibles descompensaciones psicopatológicas correspondientes.



**Figura 92.** Bárbara de Braganza.

Óleo sobre lienzo copiado de Van Loo. Actualmente en el Museo Nacional del Prado.

Fernando VI se sentía muy unido a su mujer. Su enfermedad y muerte debió de causarle un importante golpe anímico.



## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

### **5.4 La situación cognitiva del monarca.**

Como ya se ha explicado previamente en esta tesis, no hay descripciones suficientes en la documentación para realizar una aproximación muy profunda sobre la situación cognitiva del monarca.

Sin embargo, sí parece probable que Fernando VI perdió sus capacidades de juicio a finales de otoño de 1758 y que para junio de 1759 su situación cognitiva general probablemente era nefasta.

Esa pérdida cognitiva hasta perder su capacidad de juicio, no es específico de ningún tipo de patología y puede darse tanto en trastornos del ánimo como en otro mucho tipo de procesos, incluido lógicamente como aquellos que clásicamente se conocen como neurológicos o orgánicos.

El curso progresivo del déficit cognitivo hasta una situación compatible con una demencia severa no es explicable por un trastorno del ánimo puro, salvo que se deba a las consecuencias médicas concurrentes.

### **5.5 Los síntomas depresivos, los supuestos intentos repetidos de suicidio.**

La enfermedad de Fernando VI acompañó de una importante desorganización conductual que ya se ha discutido previamente en esta tesis.

Las descripciones de los testigos hablan de un rey que está melancólico, inactivo y hablando sobre su muerte. Sin embargo, tal como se ha referido, realmente los síntomas depresivos parecen más claros al inicio y vinculados a un lógico estado de duelo por la enfermedad y muerte de la reina. Posteriormente, durante el grueso de su enfermedad no se puede decir que Fernando VI estuviera sufriendo un claro episodio depresivo, algo que se discute a continuación.

Las ideas de muerte no eran sobre su deseo de morir. Las ideas de muerte eran sobre su miedo a morir y a la enfermedad. Es decir, todo lo contrario y aparentemente vinculado a una potenciación de sus rasgos de personalidad previos. De la misma manera, la gran apatía inicial fue ensombrecida rápidamente por la magnitud de los comportamientos agresivos y aberrantes, los

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

cuales no son característicos de una situación depresiva. Es cierto que la impulsividad y la verborrea forman parte del espectro clínico de la manía o hipomanía y podrían encajarse dentro de un episodio mixto, pero no son específicos de dicha patología.

Todo lo previamente mencionado gana aún más fuerza argumental cuando se analizan los intentos repetidos de suicidio. El análisis de dichos episodios ya se ha realizado previamente en esta tesis. En dicha discusión se concluye que el monarca o bien actuaba con un propósito no autolesivo, o bien en el contexto de una severa agitación psicomotriz. Por lo que no parecen congruentes con intentos de suicidios dentro de una situación depresiva.

Por todo lo mencionado, se considera como probable que la sintomatología principal de Fernando VI durante su enfermedad no sea relacionada con una situación depresiva. Consecuente a esa afirmación, los intentos repetidos de suicidio muy probablemente no hayan sido tales.

### **5.6 Las crisis epilépticas.**

Finalmente, dentro de esta discusión sobre un trastorno del ánimo como causa principal de la enfermedad de Fernando VI, hay que recordar la descripción de crisis epilépticas.

La importancia de la presencia de episodios probablemente epilépticos es trascendental, ya que orientaría a un fondo patológico dentro de lo que clásicamente se conoce como orgánico, y que estaría asociado a un daño cerebral estructural. Sobre todo, si se dieron en una etapa ajena a las últimas semanas de vida, donde la situación médica general de Fernando VI era globalmente muy mala y por lo tanto potencialmente epileptógena por sí sola.

La discusión sobre este punto ya se ha realizado con detalle previamente en esta tesis, a raíz de lo mencionado se puede concluir como muy probable que Fernando VI haya sufrido crisis epilépticas. Las cuales empezaron de manera clínicamente evidente para los testigos en enero de 1759.

Esos episodios no se reflejan con anterioridad en la vida de Fernando VI, por lo que es muy probable que la epilepsia en Fernando VI apareció “*de novo*” durante su enfermedad. Por lo tanto, es muy probable que la etiología de la misma estuviese directamente relacionada con el mismo proceso patológico que estaba causando el resto de sintomatología primaria.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

### 5.7 Reflexiones finales sobre Fernando VI y el trastorno del ánimo.

Las razones previamente desarrolladas permiten ver una serie de puntos a favor y en contra en relación a esta discusión (Figura 93-95). Sobre esas razones faltaría además recalcar que pese a la gran heterogeneidad de la sintomatología en la enfermedad de Fernando VI, toda esta sigue un curso cronológico parecido, de inicio insidioso y empeoramiento progresivo, hasta alcanzar una gran expresividad clínica. Posteriormente toda la sintomatología empieza a perder algo significación al estar el rey a una situación de demencia severa. Es decir, toda la constelación sintomática parecen ir al unísono, lo cual orienta a un fondo etiológico común y progresivo.

Finalmente el monarca fallece solo un año después del inicio claro de los síntomas y en el contexto de una descompensación epiléptica. Si se busca encajar todo dentro de un trastorno del ánimo se podría hacer. En base a esa hipótesis, el resto de sintomatología diferente al trastorno del comportamiento, incluido las crisis epilépticas y evolución a demencia severa con fallecimiento en un año, tendría que explicarse en base a las complicaciones médicas sobreañadidas, mayormente por la malnutrición extrema debida a la falta de alimento. Lo cual hace que esta hipótesis parta de muchas suposiciones y que no resulte a priori muy sencilla o directa.

La discusión realizada en relación a la posibilidad de un trastorno del ánimo como causa principal de la enfermedad de Fernando VI, se acompaña además de una serie de consideraciones.

La primera consideración es que toda esta discusión forma parte de un interesante juego intelectual y no deja de ser una opinión más o menos fundada. Por lo tanto, las críticas al resto de hipótesis tienen un fondo constructivo. Todos los trabajos publicados son siempre muy respetables y tienen un gran trabajo de fondo. Eso no quiere decir que no puedan ser discutibles, ya que todo trabajo y opinión lo es, incluido por supuesto todo lo que se dice en esta tesis.

La segunda consideración es que las afirmaciones realizadas se basan en lo que se considera probable a raíz del análisis de los documentos. Lógicamente al no tener más pruebas de un suceso lejano en el tiempo, las afirmaciones no pueden realizarse con una certeza absoluta.

La tercera y final cuestión a considerar es que muchas de las afirmaciones se apoyan en una discusión de los síntomas que ya se ha realizado previamente en esta tesis, a las cuales hay que remitirse para tener más información.

<b>PUNTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LA HIPÓTESIS DEL TRASTORNO DEL ÁNIMO</b>	
<b>SOBRE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	
<b>A FAVOR</b>	<p>Felipe V sufrió un trastorno mental crónico, es posible que haya sido un trastorno bipolar.</p> <p>Los antecedentes parentales de un trastorno bipolar son el principal factor de riesgo para esa enfermedad.</p>
<b>EN CONTRA</b>	<p>Pese a la importancia de la herencia, no deja de ser un factor de riesgo lejano a ser 100% determinante.</p>
<b>SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES</b>	
<b>A FAVOR</b>	<p>Fernando VI sufrió desde joven un trastorno del ánimo crónico.</p> <p>Fernando VI padeció un probable episodio depresivo entre 1743 y 1744.</p>
<b>EN CONTRA</b>	<p>Fernando VI no sufrió claros episodios de hipomanía o manía, por lo que en su vida no desarrolló ciclicidad definitoria de un trastorno bipolar.</p> <p>Los datos orientan a que el trastorno del ánimo crónico de Fernando VI fue una distimia o un trastorno depresivo persistente.</p>
<b>EL FALLECIMIENTO DE BÁRBARA DE BRAGANZA</b>	
<b>A FAVOR</b>	<p>El fallecimiento de Bárbara de Braganza fue suficientemente importante para causar una descompensación psicopatológica en Fernando VI.</p> <p>Fernando VI desarrolló síntomas depresivos asociados al duelo durante la enfermedad y tras el fallecimiento de la reina.</p>
<b>EN CONTRA</b>	<p>No se puede dar claros datos en contra de esta circunstancia. Salvo que no deja de ser un suceso que camufle con un duelo inicial otro proceso patológico de fondo.</p>

**Figura 93.** Puntos a favor y en contra de la hipótesis del trastorno del ánimo.

<b>PUNTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LA HIPÓTESIS DEL TRASTORNO DEL ÁNIMO (CONTINUACIÓN)</b>
<b>SITUACIÓN COGNITIVA</b>
<b>A FAVOR</b>
<p>Fernando VI tenía un déficit de sus capacidades de juicio en otoño de 1758 que sí puede explicarse por un trastorno del ánimo.</p> <p>La situación de demencia severa de finales de primavera de 1759 se necesita apoyar en otros procesos médicos concurrentes como la desnutrición etc. En ese caso, sí hay datos suficientes para pensar que esa situación sí sucedió.</p>
<b>EN CONTRA</b>
<p>El déficit de capacidad de juicio ya precoz no es específico de un trastorno del ánimo, de hecho su severidad hace más fácil que se explique por otros motivos. El curso progresivo de dicho déficit acompañado de la progresión del resto de sintomatología orienta a un fondo etiológico común y de carácter progresivo.</p>
<b>CRISIS EPILÉPTICAS</b>
<b>A FAVOR</b>
<p>Se podrían explicar por una epilepsia previa del paciente no reflejada, o bien por ser consecuencia de las complicaciones médicas sobreañadidas, o bien por tratarse de episodios simulados o conversivos en lo que se conoce como pseudocrisis.</p>
<b>EN CONTRA</b>
<p>El análisis y discusión de las fuentes documentales orientan a un origen epiléptico de los episodios convulsivos de Fernando VI.</p> <p>Previamente nunca se había descrito crisis epilépticas en el monarca, por lo que la epilepsia apareció de novo y en correlación con la enfermedad.</p> <p>En las últimas semanas de vida el rey sí sufrió una descompensación epiléptica que sí pudiera estar relacionado con las complicaciones médicas sobreañadidas. Sin embargo las crisis epilépticas se expresan clínicamente evidentes para los testigos desde enero de 1759, cuando las complicaciones médicas no eran aún muy llamativas, salvo cierta desnutrición.</p>

**Figura 94.** Puntos a favor y en contra de la hipótesis del trastorno del ánimo. Continuación.

## **PUNTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LA HIPÓTESIS DEL TRASTORNO DEL ÁNIMO (CONTINUACIÓN)**

### **LA DESORGANIZACIÓN CONDUCTUAL**

#### **A FAVOR**

Las fuentes documentales hablan de apatía, melancolía y un discurso continuo en relación a la muerte, típico de un trastorno depresivo.

Fernando VI tuvo múltiples intentos de suicidio durante ese año de enfermedad.

La sintomatología conductual se asociaba a verborrea e impulsividad que se puede considerar como clínica maniforme dentro de un episodio mixto.

#### **EN CONTRA**

El análisis y discusión de las fuentes documentales orientan que, salvo los síntomas iniciales de duelo, Fernando VI no tenía claros síntomas depresivos. Sus pensamientos de muerte eran sobre su miedo a morir y a la enfermedad, en relación a una potenciación de sus rasgos de personalidad previos.

La apatía se asocia a trastornos depresivos pero conceptualmente se trata de un tipo de sintomatología que se puede dar en situaciones ajenas a un trastorno del ánimo, como síndrome amotivacional.

Los intentos de suicidio realmente no lo fueron como tal cuando se analizan en profundidad, en el fondo no aparentan tener un propósito autolesivo o sucedían en el contexto de un episodio de gran agitación psicomotriz.

La impulsividad y verborrea no son específicos de un trastorno maniforme, de hecho parecen seguir el mismo curso progresivo y a peor que el resto de sintomatología conductual.

**Figura 95.** Puntos a favor y en contra de la hipótesis del trastorno del ánimo. Continuación

### VI. LAS HIPÓTESIS NEUROLÓGICAS.

Existen una serie de trabajos o artículos publicados que hacen una aproximación diferente sobre la enfermedad de Fernando VI. Los diversos autores opinan que la enfermedad de Fernando VI fue debida a un proceso patológico con una base neurológica, con una divergencia sobre el proceso patológico propuesto. En este caso solo hay un autor que viene del mundo de la historia y el resto de la medicina.

#### 6.1 Autores historiadores.

##### **Pedro Voltes**

Pedro Voltes fue un historiador con múltiples distinciones nacionales e internacionales y una gran obra publicada.

Dentro de todos sus trabajos destaca para el caso su libro "*Vida y época de Fernando VI*" (Voltes, 1996). En dicho libro el historiador analiza y describe la enfermedad de Fernando VI usando múltiples fuentes documentales. En relación al diagnóstico, el historiador refiere de manera específica que Fernando VI no sufrió un trastorno psiquiátrico, sino que padeció una enfermedad de Alzheimer (Figura 96). Enfermedad que según el historiador es ya conocida en la medicina actual.

#### 6.2 Autores médicos.

##### **Pedro Gargantilla**

Pedro Gargantilla es médico especialista en medicina interna y profesor universitario, al igual que otras distinciones. Entre sus múltiples trabajos de divulgación médica y científica suele haber asociado un componente de divulgación histórica.

En relación a Fernando VI el médico internista hace dos aproximaciones diagnósticas diferentes y en diferentes épocas.

CAPÍTULO XVII

# FERNANDO VI ENFERMO DE ALZHEIMER

---

**D**urante este tiempo —ha escrito Dolores Mateo Dorado— Fernando VI sufrió junto a la reina los más terribles momentos, con mayor inquietud o sosiego resignado, permanentemente acongojado y debilitando cada vez más su carácter propenso a la melancolía... La muerte de la reina precipitó la inestabilidad del rey hacia un auténtico marasmo, tanto físico como psíquico, que se prolongaría durante casi un año hasta su muerte, el 10 de agosto de 1759.»

Ya consideraremos con más detalle médico la enfermedad del rey, tanto por su interés histórico como por la suposición actual de que consistiera en un caso de Alzheimer, afección cada vez mejor estudiada. Lo que conviene puntualizar ahora es que desde la muerte de doña Bárbara el rey no hizo cosa buena ni para sí ni para la gobernación de la monarquía, de modo que consta que el último documento que firmó es de un mes después de la defunción de su esposa y el último despacho del rey con el ministro Wall fue a principios de octubre de 1758, «de pie y en conversación».

Ha sido ya reseñada en muchas ocasiones la pará-

**Figura 96.** Fernando VI, enfermo de Alzheimer.

Para el historiador Pedro Voltés, Fernando VI padeció una enfermedad de Alzheimer. Dicha afirmación además da título al capítulo que dedica a la enfermedad de Fernando VI.



## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

Pedro Gargantilla escribe "*las enfermedades de los borbones*" (Gargantilla, 2007). En ese libro el autor repasa los problemas médicos de los diferentes borbones que reinaron en España. El libro tiene un discurso narrativo y con un fondo muy didáctico dirigido al público general.

En el capítulo de Fernando VI el médico resume los síntomas que sufrió el monarca basándose en la bibliografía aportada en otras fuentes secundarias. El autor comenta la posibilidad de un origen psiquiátrico como dicen otras publicaciones, pero no lo cree probable, dándole especial importancia a las crisis epilépticas como un dato claro de afectación cerebral. Finalmente, el autor apuesta por una infección tuberculosa del sistema nervioso central como causa de la enfermedad en base a: una clínica compatible, el antecedente de adenopatías cervicales en la juventud de Fernando VI y el antecedente de su madre que había muerto de tuberculosis.

Posteriormente el mismo autor hace una aproximación etiológica diferente, como carta al editor comentando el artículo preliminar de esta tesis (Gargantilla-Madera, Pintor-Holguin et al., 2016). En esta ocasión considera más probable una encefalitis autoinmune como causa de la enfermedad de Fernando VI. De manera más específica se refiere una encefalitis antirreceptor de NMDA. Esa afirmación es defendida en base a un cuadro clínico compatible.

### **Iván Fernández Vega**

Iván Fernández Vega es médico especialista de anatomía patológica que está desarrollando su carrera dentro de la neuropatología. Es profesor universitario de la universidad de Oviedo y actualmente trabaja en el Hospital Universitario Central de Asturias dentro del biobanco de cerebros. Es autor también de numerosas publicaciones de neuropatología.

Sobre Fernando VI el médico patólogo hace una carta al editor comentando el artículo preliminar de esta tesis (Fernandez-Vega, 2016). En dicho texto el autor reflexiona que el cuadro clínico de Fernando VI hay que enfocarlo como una demencia rápidamente progresiva. Sobre esa realidad, el patólogo considera que las enfermedades priónicas son las causa más frecuentes, por lo tanto considera esa la causa de la enfermedad de Fernando VI más probable.

El médico recuerda que la enfermedad Creutzfeldt-Jakob puede confundirse al inicio con un proceso psiquiátrico por asociar alteraciones conductuales.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

### VII. SOBRE LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS MENCIONADAS.

#### 7.1 Enfermedad de Alzheimer.

Las enfermedades neurodegenerativas son un grupo de patologías que provocan una muerte neuronal progresiva, generalmente mediadas por acúmulo de proteínas agrupadas de manera anómala(Soto, 2003). De toda ellas la más frecuente en la actualidad sería la enfermedad de Alzheimer, que es la principal causa de demencia en el mundo.

La enfermedad de Alzheimer puede ser muy variable desde el punto de vista clínico. Lo más característico o frecuente es la afectación inicial de la memoria episódica reciente con afectación posterior de otras áreas cognitivas. No obstante, no es muy infrecuente que haya pacientes donde la enfermedad empiece afectando a otras áreas cognitivas como las capacidades visuoespaciales, praxias, lenguaje o funciones ejecutivas.

Las alteraciones conductuales iniciales suelen ser más de la esfera afectiva con depresión o apatía, mientras que las alteraciones conductuales de tipo psicótico y agitación suelen tardar más años en aparecer, aunque una vez que lo hacen tienden a empeorar.

La progresión clínica suele ser lenta. La evolución, una vez que se observan de manera clara los primeros síntomas, generalmente es entre 10 a 15 años(Apostolova, 2016). Por el contrario, sí hay casos descritos con una evolución mucho más rápida o agresiva, generalmente de pocos años de evolución(Schmidt, Haik et al., 2012). Con respecto a la edad de aparición, lo más frecuente es que los síntomas sean clínicamente evidentes en población mayor de 65 años(Villemagne, Burnham et al., 2013). Por el contrario, puede darse en población mucho más joven, sobre todo si se debe a una causa genética con herencia autosómica dominante.

#### 7.2 Tuberculosis del sistema nervioso central.

La tuberculosis es una infección causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. La transmisión de este patógeno se realiza por contacto aéreo con pacientes con tuberculosis pulmonar

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

activa. Una vez infectado, el 90 % de los pacientes permanecen en una fase de infección latente con un riesgo de contraer una infección activa estimada en el 5-10%(Zumla, Raviglione et al., 2013).

La tuberculosis característicamente suele provocar una infección activa pulmonar con sintomatología general y respiratoria. No obstante, la infección puede extenderse a otras partes del cuerpo u órganos como el sistema nervioso central.

La tuberculosis del sistema nervioso central puede darse de varias formas. Lo más frecuente sería una meningitis o meningoencefalitis tuberculosa, que causaría un trastorno de inicio subagudo (semanas) con un trastorno febril acompañado de cefalea y cambios de personalidad. Posteriormente los pacientes desarrollan alteraciones neurológicas importantes con meningismo, vómitos, parálisis de pares craneales, crisis epilépticas, alteración del nivel de consciencia y finalmente muerte.

La velocidad de progresión de los síntomas es variable. Con excepciones, la esperanza de vida sin tratamiento desde el inicio de los síntomas es de varias semanas o pocos meses(Kent, Crowe et al., 1993).

La afectación tuberculosa del sistema nervioso central también puede darse a modo de tuberculomas que clínicamente se comportan como lesiones ocupantes de espacio. De hecho, los tuberculomas cerebrales es una causa frecuente de lesiones cerebrales ocupantes de espacio en zonas endémicas de tuberculosis(Wasay, Farooq et al., 2014). El desarrollo de los síntomas en un tuberculoma es lento, generalmente de semanas a meses(Rock, Olin et al., 2008).

Finalmente, otra forma de presentación puede ser a modo de aracnoiditis espinal tuberculosa con afectación progresiva de los nervios espinales.

### **7.3 Encefalitis autoinmunes.**

Las patologías autoinmunes del sistema nervioso central constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades que cursan con síntomas neurológicos y/o psiquiátricos debidos a un proceso autoinmune subyacente. Pueden ser en el contexto de una enfermedad sistémica, como por ejemplo una sarcoidosis, o propias del sistema nervioso central como la esclerosis múltiple.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

Dentro de estas enfermedades hay que señalar a los procesos autoinmunes mediados por anticuerpos, como una de las enfermedades cuyo conocimiento está en clara expansión en los últimos años.

Este grupo de enfermedades son procesos autoinmunes del sistema nervioso central (aunque también periférico) que se asocian a anticuerpos contra antígenos intracelulares, de membrana neuronal o proteínas sinápticas. Existen un número cada vez más creciente de anticuerpos identificados a medida que el estudio de estas enfermedades avanza, con el consiguiente aumento de casos diagnosticados.

Dentro de estas enfermedades estarían lo que se conocen como encefalitis autoinmunes, en las cuales la situación de inflamación del encéfalo estaría asociada a la aparición de autoanticuerpos (Graus, Titulaer et al., 2016).

Las características clínicas y evolución de las encefalitis autoinmunes es muy variable, en general provocan en pocas semanas la aparición de síntomas psiquiátricos sumado a sintomatología neurológica como: crisis epilépticas, trastornos del movimiento, etc (Tobin y Pittock, 2017). Otras de las características de estas enfermedades es que se pueden asociar a una neoplasia oculta en el paciente, por lo que es recomendable la búsqueda de una neoplasia oculta en pacientes en los que se sospecha estas enfermedades.

Dentro de las encefalitis autoinmunes estaría la encefalitis anti-receptor de NMDA, en este caso el cuadro clínico característico se desarrolla de manera multifásica en varias semanas o muy pocos meses. Inicialmente hay alteraciones psiquiátricas donde predominan los síntomas psicóticos como los delirios o alucinaciones, conductas maniformes, irritabilidad, agresividad, catatonía o insomnio; junto con alteraciones del lenguaje donde predomina un discurso hipofluente que puede llegar al mutismo (Kayser, Titulaer et al., 2013). Posteriormente en el paciente aparecen alteraciones cognitivas, donde predominan los déficits de la memoria, junto con la aparición de crisis epilépticas y discinesias, las cuales se dan especialmente en población pediátrica. Finalmente todo el cuadro clínico suele progresar con la aparición de disfunción autonómica, hipoventilación central y alteración de la consciencia (Dalmau, Lancaster et al., 2011, Dalmau, Armangue et al., 2019).

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

### 7.4 Enfermedades priónicas.

Las enfermedades priónicas constituyen una de las patologías más interesantes por sus características biológicas únicas. Esta particularidad se debe a que son causadas por un agente infeccioso no convencional<sup>21</sup> que le da capacidad de transmisibilidad (Collinge, 2001).

Las enfermedades priónicas se hicieron más famosas a raíz de la epidemia de las vacas locas con la alarma social que acarreó. No obstante, las formas esporádicas son las más frecuentes. Se tratan de enfermedades muy poco frecuentes, de todas ellas sería la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob la más característica.

Desde el punto de vista clínico en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob existen variaciones sintomáticas. Globalmente se comportan como un trastorno neurológico rápidamente progresivo que suele empezar con síntomas psiquiátricos moderados pero que conlleva de manera rápida a una pérdida de funciones cognitivas multidominio. El paciente acaba en una situación de demencia severa de manera precoz. Generalmente se acompaña desde el inicio de otros síntomas neurológicos como: piramidales, extrapiramidales, cerebelosos y mioclonías.

Con respecto a la esperanza de vida media es variable, pero en general se tratan de procesos muy agresivos que llevan a la muerte del paciente en pocos meses desde la aparición de los primeros síntomas (Puoti, Bizzi et al., 2012).

## VIII. FERNANDO VI Y LAS PATOLOGIAS REFERIDAS.

### 8.1 Fernando VI y la enfermedad de Alzheimer.

Pedro Voltes opina que Fernando VI padeció enfermedad de Alzheimer. Dicho diagnóstico parece muy poco probable a raíz de los datos disponibles.

Para empezar Fernando VI tenía 44 años de edad cuando empezó a mostrar los síntomas de manera clínicamente evidente. Realmente sí pueden darse casos de enfermedad de Alzheimer

---

<sup>21</sup> El agente infeccioso es una proteína, llamada priónica, cuya estructura terciaria es patogénica, ya que induce el plegamiento anómalo del resto de proteínas priónicas que acaba derivando en la muerte celular.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

clínicamente evidente en edades tan tempranas, no obstante estos casos resultan excepcionales y asociados a formas hereditarias autosómicas dominantes. María Luisa Gabriela de Saboya, la madre de Fernando VI, murió con 25 años de edad de una probable tuberculosis. No se puede descartar del todo que ella no hubiera desarrollado una enfermedad de Alzheimer precoz más adelante, pero su árbol genealógico tampoco orienta a ello. Por todo ello, resulta demasiado poco probable dicha posibilidad, al igual que Fernando VI tuviera una mutación “*de novo*” para explicar esa edad de afectación tan temprana.

Desde el punto de vista clínico la enfermedad de Alzheimer también parece poco probable. La desorganización conductual de pronta aparición y las características de dicha afectación no es típico de dicha patología. Es cierto que existen casos donde la enfermedad de Alzheimer se desarrolla inicialmente por áreas del cerebro que se expresa con importantes alteraciones conductuales. Sin embargo, se trata de casos menos frecuentes y por lo tanto habría que añadir esta segunda excepcionalidad para poder seguir defendiendo esta hipótesis.

Finalmente, la velocidad de desarrollo clínico de la enfermedad de Fernando VI resulta muy rápida para una enfermedad de Alzheimer. Es cierto que hay raros casos publicados con una progresión muy rápida, pero otra vez más sería algo muy excepcional.

### **8.2 Fernando VI y la tuberculosis del sistema nervioso central.**

Pedro Gargantilla opina en una ocasión que Fernando VI padeció una tuberculosis del sistema nervioso central. Desde el punto de vista clínico sí hay una serie de factores que podrían orientar a esa posibilidad etiológica. Si bien una valoración global del cuadro clínico hace que esta hipótesis tenga claramente inconsistencias.

La tuberculosis del sistema nervioso central suele afectar de manera característica a modo de una meningitis tuberculosa. Sin embargo, una meningitis tuberculosa parece poco probable. En primer lugar, el desarrollo clínico de la enfermedad de Fernando VI resulta demasiado lento para ello. En segundo lugar, hay una serie de síntomas típicos de dicha patología que Fernando VI no

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

parece que haya desarrollado. Por ejemplo, en todo el curso clínico el rey no se quejó especialmente de cefalea y tampoco sufrió una alteración del nivel de consciencia progresiva<sup>22</sup>, salvo en sus últimos días.

Finalmente, la expresión clínica de la enfermedad de Fernando VI parece demasiado focal, es decir debido a un daño cerebral estructural o funcional en un área cerebral concreta, algo que se explicará más adelante en esta tesis, y que no encaja dentro de una meningitis tuberculosa aislada. Por lo tanto, una clínica neurológica focal dentro de una tuberculosis del sistema nervioso central habría que hacerlo pensando en una lesión ocupante de espacio, en este caso un tuberculoma. Circunstancia que sí podría ser clínicamente compatible, aunque la evolución clínica en Fernando VI sigue pareciendo muy lenta para dicha patología,.

### **8.3 Fernando VI una demencia rápidamente progresiva, pero en el siglo XVIII.**

Pedro Gargantilla e Iván Fernández Vega opinan respectivamente que Fernando VI pudo haber tenido una encefalitis autoinmune o una enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

Los autores expuestos apoyan esa teoría por cuestiones sintomatológicas y por el rápido desarrollo clínico. En otras palabras, esas hipótesis tienen como principal pilar argumental que Fernando VI padeció una demencia rápidamente progresiva.

No hay una definición establecida para una demencia rápidamente progresiva. Conceptualmente se entiende ante cualquier proceso patológico que lleva al individuo a una demencia de una manera rápida desde que aparece el primer síntoma. La duración de ese tiempo varía según la definición que se utilice. En general se acepta 1 o 2 años, pero suelen ser procesos muchos más rápidos (Geschwind, 2016).

En la actualidad, la frecuencia de las diferentes enfermedades que causan una demencia rápidamente progresiva es muy difícil de establecer, por la dificultad para realizar estudios epidemiológicos unificados y con confirmación patológica. Se puede utilizar como ejemplo los datos publicados en 2008 por el programa de demencias rápidamente progresivas de la

---

<sup>22</sup> Excepto durante las crisis epilépticas. En este caso las alteraciones del nivel de consciencia eran agudas y transitorias, no progresivas.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

universidad de California, San Francisco (Geschwind, Shu et al., 2008), que fueron actualizados en 2015 (Geschwind, 2016). Esos datos muestran que las enfermedades priónicas son las más prevalentes con una frecuencia del 53% de los casos registrados (Figura 97). Mientras que en el resto de etiologías destacaba las encefalitis autoinmunes y enfermedades neurodegenerativas (Tabla 8). Sin embargo, la propia opinión de los autores del registro es que las encefalitis autoinmunes seguramente están infradiagnosticadas, al ser una etiología cuyo conocimiento es reciente y su reconocimiento es cada vez mayor. Por el contrario, los autores del registro también opinan que la prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas está sobrevalorada en ese registro, ya que gran parte de las mismas probablemente no se comportaron como una demencia rápidamente progresiva y el inicio de los síntomas no fue bien detectados en las historias clínicas. No obstante, como se ha dicho esos datos son de un registro del siglo XX y principios del siglo XXI. Esa realidad choca claramente con el caso que se está discutiendo.

La proporción de enfermedades que causan una demencia rápidamente progresiva a principios del siglo XXI probablemente es muy diferente a la de mediados del siglo XVIII. En ese sentido habría que tener en cuenta una mucha mayor proporción de otras patologías que en la actualidad no suelen entrar en los registros. Bien por una mayor incidencia en el pasado de enfermedades infecciosas y nutricionales, o bien por la existencia en la actualidad de tratamientos más eficaces que evitan el desarrollo de diferentes enfermedades. Además, en la actualidad muchos procesos patológicos que sindrónicamente causan una demencia rápidamente progresiva no entran en los registros. El motivo es que el diagnóstico está claro a raíz de los estudios complementarios como: procesos infecciosos, algunas demencias vasculares o tumores intracraneales.

Por esos motivos expuestos, es un error considerar que si en el siglo XXI una enfermedad priónica o una encefalitis autoinmune es una causa muy frecuente de una demencia rápidamente progresiva, la enfermedad de Fernando VI probablemente haya tenido esa etiología.

Finalmente, una encefalitis anti-NMDA y una enfermedad de Creutzfeldt-Jakob tienen diferencias clínicas con respecto a los síntomas que mostró Fernando VI.

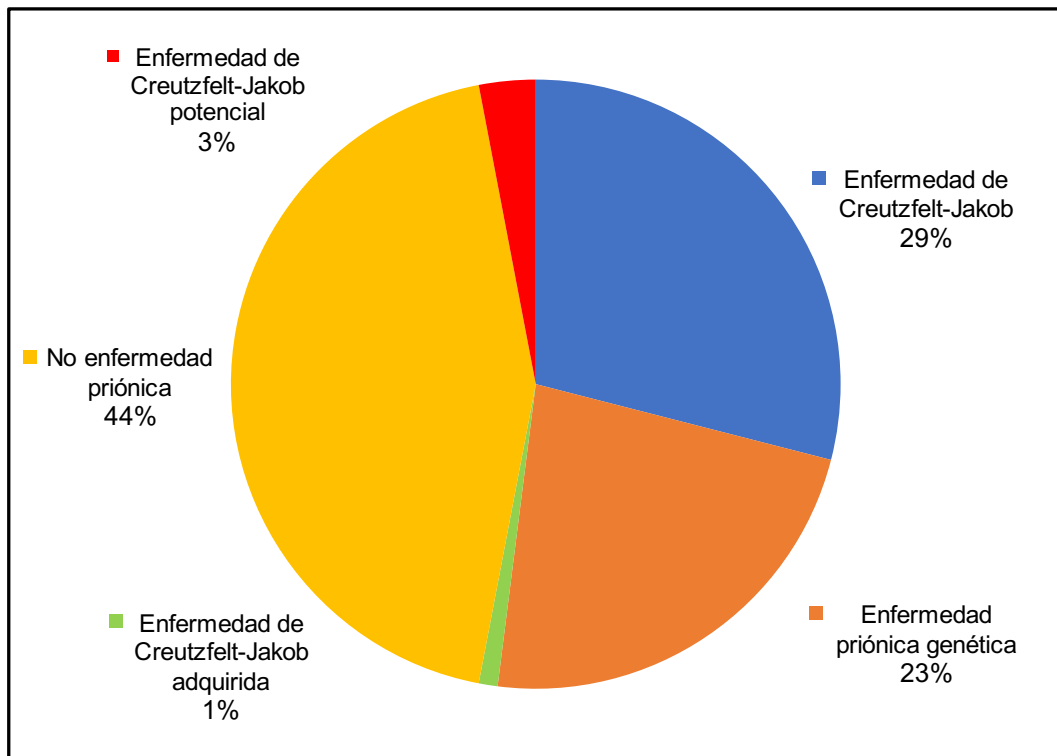
En general la velocidad de progresión de los síntomas de las encefalitis anti-NMDA es de pocas semanas o muy pocos meses. Desde el punto de vista clínico, es cierto que las alteraciones



## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

psiquiátricas de las encefalitis anti-NMDA tienen un amplio abanico clínico, pero suele predominar la clínica psicótica, circunstancia que Fernando VI no mostró de una manera evidente como ya se ha discutido. Además los testigos no describen situaciones que recuerden a alteraciones del lenguaje, o discinesias o un bajo nivel de consciencia progresivo salvo por la descompensación epiléptica, algo que también es típico de este proceso patológico,

Con respecto a la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob la enfermedad de Fernando VI resulta demasiado focal, entendido como una disfunción neurológica por un daño o afectación funcional de un área cerebral concreta, algo que se desarrollará más adelante, y que no es nada típico de esta enfermedad.



**Figura 97.** Proporción de las diferentes etiologías que han causado una demencia rápidamente progresiva. Según los datos aportados por el programa de la universidad de California. Actualizados en 2015. Sobre una N de más de 6000 casos recogidos, más de la mitad de los casos habían sido enfermedades priónicas. Principalmente enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

<b>PROPORCIÓN DE LAS DIFERENTES ETIOLOGÍAS NO PRIÓNICAS QUE HAN CAUSADO UNA DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA</b>	
Procesos autoinmunes	13%
No demencia	13%
Psiquiátricos	12%
Demencia cuerpos de Lewy	8%
Encefalitis no especificada	8%
Neoplasias	8%
Demencia fronto-temporal	7%
Degeneración córtico-basal	6%
Enfermedad de Alzheimer	5%
Demencia vascular	5%
Encefalopatía no especificada	3%
Leucoencefalopatía	3%
Parálisis supranuclear progresiva	3%
Otros	8%

**Tabla 8.** Proporción de las diferentes etiologías no priónicas que han causado una demencia rápidamente progresiva.

Según los datos aportados por el programa de la universidad de California. Actualizados en 2015. Dentro de esas patologías, los procesos autoinmunes (encefalitis autoinmunes) y las enfermedades neurodegenerativas son las más frecuentes.

### 8.4 Reflexiones finales sobre las hipótesis neurológicas.

Las razones previamente desarrolladas permiten ver una serie de puntos a favor y en contra en relación a las hipótesis propuestas (Figura 98 y 99).

Una vez más, es bueno volver a recordar que toda esta discusión es un interesante juego intelectual. Por lo tanto, no deja de ser una opinión crítica con un fondo constructivo y realizada con el máximo respeto a los autores que las formulan.

En general la enfermedad de Alzheimer parece claramente muy poco probable. Las otras 3 hipótesis realizadas tienen sus debilidades y en general tampoco parecen claramente factibles.

<b>PUNTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LAS HIPÓTESIS NEUROLÓGICAS</b>
<b>ENFERMEDAD DE ALZHEIMER</b>
<b>A FAVOR</b>
La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente en la actualidad de demencia en el mundo.
<b>EN CONTRA</b>
En el siglo XVIII las prevalencias de las causas de demencia eran probablemente muy diferentes. Es excepcional que la enfermedad de Alzheimer afecte clínicamente a pacientes de 45 años. Las características clínicas no parecen típicas de una enfermedad de Alzheimer. La enfermedad de Alzheimer tiene un curso clínico mucho más lento, salvo en las excepcionales formas rápidamente progresivas.
<b>TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>
<b>A FAVOR</b>
La madre de Fernando VI, María Luisa Gabriela de Saboya, probablemente murió de tuberculosis. Fernando VI desarrolló varias adenopatías cervicales en su juventud. Clínicamente dicha patología tiene datos compatibles como cambios de comportamiento y crisis epilépticas. Los tuberculomas cerebrales es una causa frecuente de lesión ocupante de espacio en áreas endémicas.
<b>EN CONTRA</b>
La causa de las adenopatías en Fernando VI puede ser múltiple. La meningitis tuberculosa es la forma más frecuente de una tuberculosis del sistema nervioso central. Clínicamente tiene muchos datos no concordantes, incluido el tiempo de evolución. Los pacientes con tuberculomas cerebrales sin tratamiento tienen una esperanza de vida de semanas a pocos meses. Mucho menos de lo que vivió Fernando VI.

**Figura 98.** Puntos a favor y en contra de las hipótesis neurológicas.

<b>PUNTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LAS HIPÓTESIS NEUROLÓGICAS (CONTINUACIÓN)</b>
<b>ENCEFALITIS ANTI-NMDA</b>
<b>A FAVOR</b>
Las encefalitis autoinmunes son una causa frecuente de demencia rápidamente progresiva en la actualidad. Desde el punto de vista clínico los pacientes desarrollan importantes alteraciones neuropsiquiátricas y crisis epilépticas.
<b>EN CONTRA</b>
Las causas más frecuentes de demencia rápidamente progresiva en el siglo XVIII probablemente eran muy diferentes a las actuales. En general el desarrollo clínico de las encefalitis anti-NMDA suele ser mucho más rápido que en Fernando VI. No hubo una clara sintomatología psicótica en Fernando VI, algo que es típico en dicha patología.
<b>ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB</b>
<b>A FAVOR</b>
Las enfermedades priónicas son la causa más frecuente de demencia rápidamente progresiva en la actualidad. La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob puede empezar a expresarse clínicamente con cambios en el comportamiento.
<b>EN CONTRA</b>
Las causas más frecuentes de demencia rápidamente progresiva en el siglo XVIII probablemente eran muy diferentes a las actuales. Clínicamente Fernando VI no desarrolló un déficit multidominio típico de dicha patología.

**Figura 99.** Puntos a favor y en contra de las hipótesis neurológicas.  
Continuación.

## DISCUSIÓN DE OTROS TRABAJOS PUBLICADOS

**DISCUSIÓN FINAL SOBRE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI**



## DISCUSIÓN FINAL

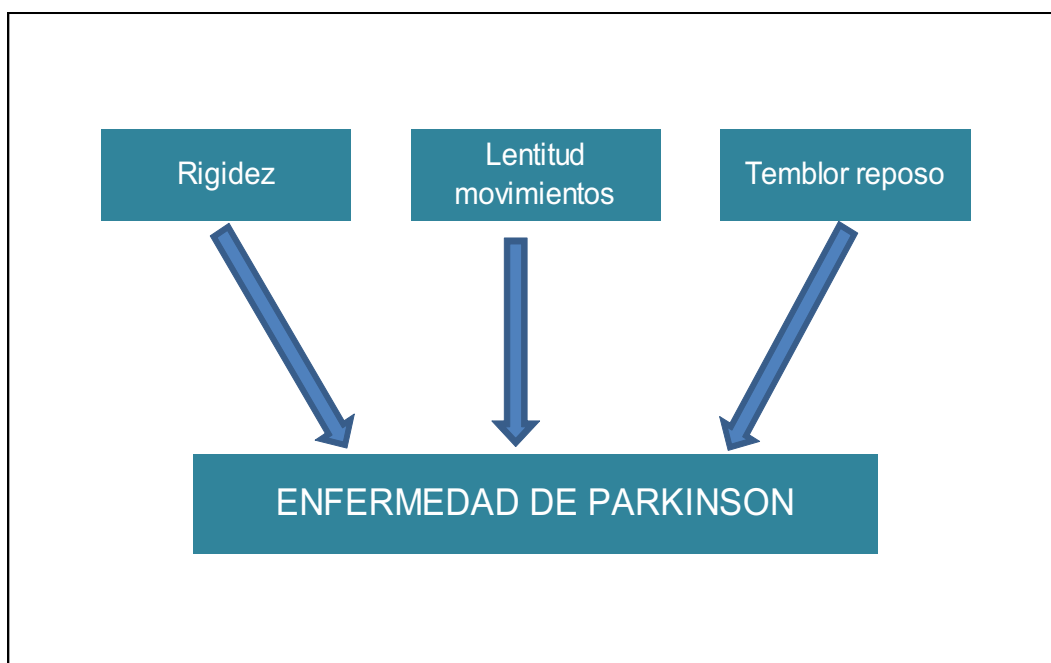
### I. APROXIMACIÓN ETIOLÓGICA Y APROXIMACIÓN SINDRÓMICA.

#### 1.1. El error de la aproximación etiológica.

Todos los autores comentados y discutidos intentan hacer una aproximación etiológica de la enfermedad de Fernando VI. Es muy llamativo la divergencia de opiniones existentes y cómo todos tienen argumentos para poder defender sus diferentes hipótesis.

Hay que partir de una clara y evidente realidad. Probablemente nunca se sabrá cuál fue la causa de la enfermedad de Fernando VI. No solo eso, tampoco existen datos para hacer una aproximación etiológica con un alto grado de certeza (Figura 100).

Los datos que se tienen sobre la enfermedad de Fernando VI parten de documentos que se han encontrado en esta investigación. Pese a su gran calidad como fuentes documentales primarias, su contenido es muy lejano a lo que se considera una historia clínica y exploración dentro de la medicina actual. Todas esas lagunas de información se hacen más evidente ante la ausencia de estudios complementarios modernos, lo que hace el diagnóstico etiológico un hecho imposible.



**Figura 100.** Esquema sobre la aproximación etiológica, Ejemplo por el que a partir de unos pocos datos clínicos se hace una aproximación etiológica de una enfermedad. Realmente en nivel de certeza etiológica es bajo.

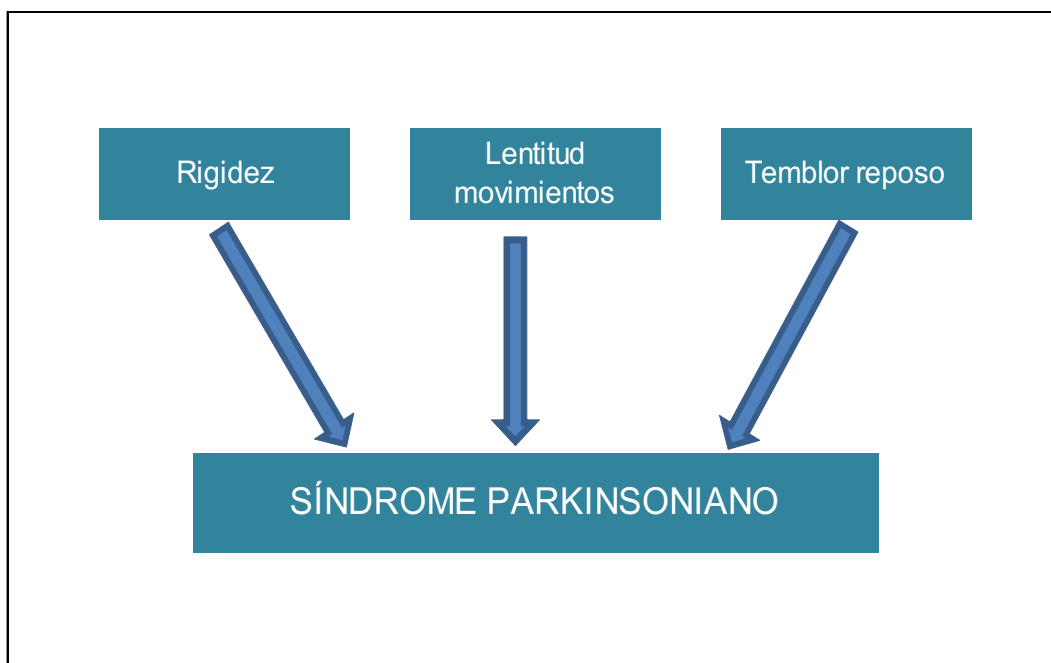


## DISCUSIÓN FINAL

### 1.2 La aproximación sindrómica. Una mejor decisión.

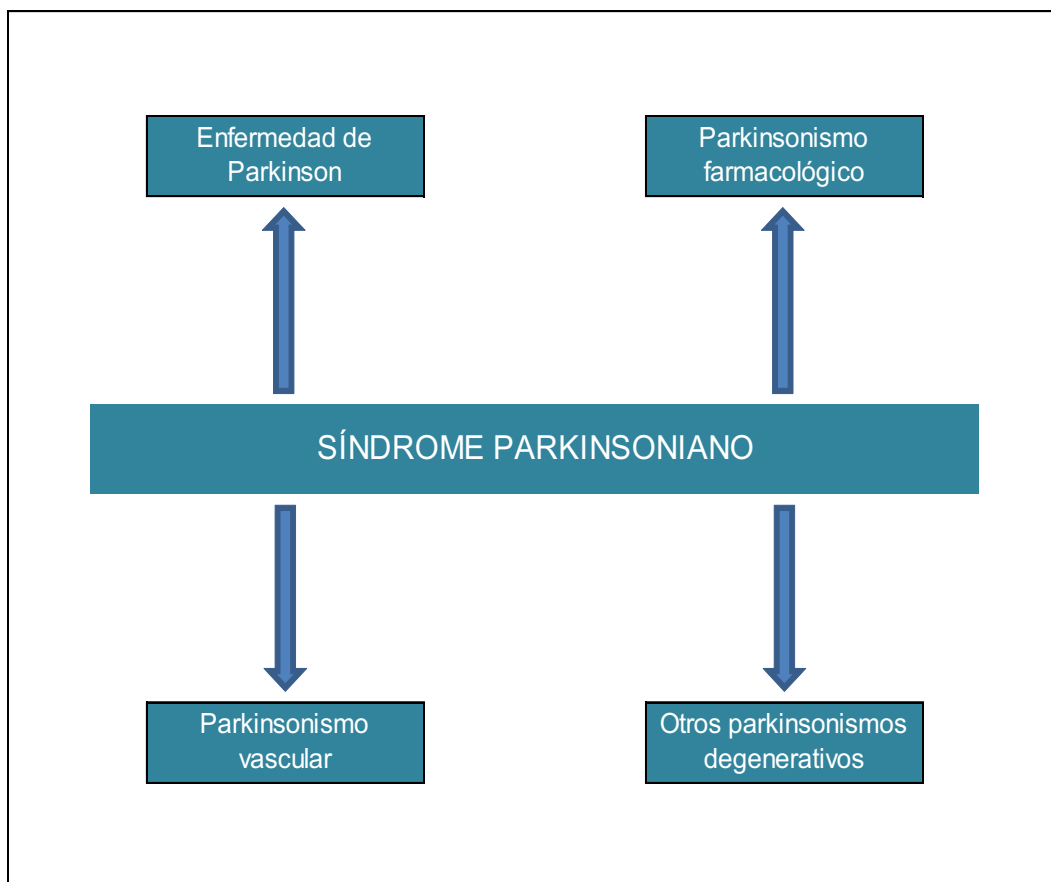
Existe otra manera de abordar el diagnóstico de un paciente. En este caso estaríamos hablando de realizar una aproximación sindrómica.

Un síndrome es un conjunto de síntomas característicos de un cuadro patológico determinado. Generalmente los síndromes llevan el nombre de la entidad nosológica que característicamente lo causa. Por ejemplo, un síndrome parkinsoniano se llama así por ser la enfermedad de Parkinson la causa más característica (Figura 101). Si bien, un síndrome puede ser causado por múltiples enfermedades diferentes como ocurre en los síndromes parkinsonianos (Figura 102).



**Figura 101.** Esquema sobre la aproximación sindrómica. Ejemplo por el que a partir de unos pocos datos clínicos se hace una aproximación sindrómica de una enfermedad. El nivel de certeza es mucho más elevado que con respecto a una aproximación puramente etiológica.

## DISCUSIÓN FINAL



**Figura 102.** Esquema sobre las diversas etiologías de un único síndrome. Ejemplo de cómo a partir de un diagnóstico sindrómico se puede vislumbrar mejor las diferentes etiologías. La ausencia de más datos clínicos y complementarios hacen de este aspecto un hecho muy difícil.

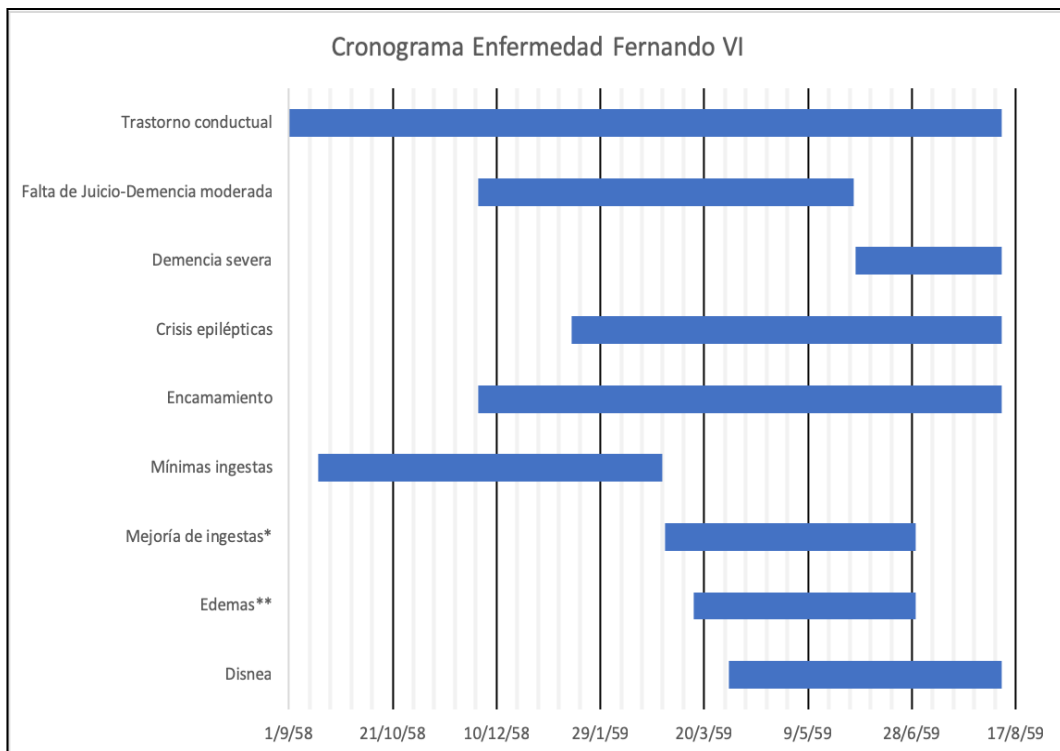
Los datos actuales que se disponen de la enfermedad de Fernando VI no son suficientes para poder hacer con mucha certeza una aproximación etiológica. Sin embargo, sí parecen suficientes para poder hacer una aproximación sindrómica con cierta seguridad.

Una vez aclarado el diagnóstico sindrómico, se puede intentar hacer varias aproximaciones etiológicas, no obstante con los datos que se disponen eso formaría nada más de que un entretenido e interesante juego clínico.

## DISCUSIÓN FINAL

### II. ANÁLISIS CRONOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI.

Con el objetivo de un mejor análisis de la enfermedad. Se considera importante aclarar el orden cronológico con el cual fueron apareciendo los diferentes síntomas u otros sucesos importantes (Figura 103).



**Figura 103.** Cronograma de la enfermedad de Fernando VI.

Se ha evitado poner la fiebre por las dificultades que hay para su datación. \*Desde marzo de 1759 empieza a haber un aumento de la alimentación. No queda claro durante cuánto tiempo dura, al menos fue durante la primavera. \*\*La misma consideración sucede con los edemas, a partir de mayo de 1759 se deja de dar tanta importancia a los edemas en los documentos, su prolongación más allá de la primavera no está bien reflejada.

## DISCUSIÓN FINAL

La visión cronológica permite ver que la expresión sintomática de la enfermedad de Fernando VI empezó con un trastorno conductual, al que se fueron sumando problemas cognitivos, crisis epilépticas, malnutrición, encamamiento, edemas y disnea.

El mayor problema a la hora de datar los diferentes hechos tiene que ver con la nutrición, los edemas y seguramente la disnea. A raíz de los documentos analizados, desde marzo se mejoró la nutrición del rey y poco después aparecieron los edemas y disnea. La duración de esas circunstancias no está muy clara, pero los documentos hablan claramente de ellos durante la primavera de 1759. La disnea sí parece que persiste más allá, hasta el fallecimiento.

Existe otro problema a la hora de datar los diferentes síntomas de Fernando VI que tiene que ver con la fiebre. Como ya se ha explicado previamente en esta tesis, el único dato claro es que hasta noviembre de 1758 no se menciona fiebre en Fernando VI. Desde entonces su presencia es bastante irregular y confusa.

### **III. SÍNTOMAS GUÍAS PARA ENFOCAR EL DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO.**

La tercera cuestión a resolver antes de enfocar el diagnóstico sindrómico es qué tipo de síntomas son los principales y sirven como guía. Para ello, es importante reconocer cuales son los síntomas primarios y síntomas secundarios.

Andrés Piquer entra también en la misma cuestión en su manuscrito al describir los síntomas de Fernando VI. Como se ha explicado previamente, Andrés Piquer ya divide los síntomas de Fernando VI en esos dos principales grupos: los "*Pathognómicos*" y los "*Epiphenómenos*".

Los síntomas primarios son aquellos que se consideran causados de manera directa por el proceso etiológico primario. Los síntomas secundarios son aquellos que se consideran causados por las complicaciones añadidas al desarrollo de la enfermedad.

El reconocimiento de los síntomas primarios es de gran importancia porque en su análisis se podrá caracterizar mejor el proceso sindrómico de la enfermedad.

Una vez analizados los síntomas, se propone la siguiente clasificación (Figura 104).

<b>PRINCIPALES SÍNTOMAS Y SIGNOS EN LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI</b>	
<b>PRIMARIOS</b>	
	Trastornos conductuales. Cognitivos. Epilépticos.
<b>SECUNDARIOS</b>	
	Pérdida de masa corporal, edemas, debilidad y otros síntomas relacionados. Fiebre. Problemas respiratorios. Otros.

**Figura 104.** Síntomas primarios y secundarios en la enfermedad de Fernando VI.

Se ha decidido interpretar como síntomas primarios las alteraciones conductuales, cognitivas y las crisis epilépticas. Los motivos de esta clasificación se exponen a continuación.

La historia de la enfermedad de Fernando VI es la historia de un paciente que sufre una progresiva desorganización conductual. No hay duda que esa sintomatología fue la primera que apareció, la que fue progresando y la que mayor expresividad clínica alcanzó. Su análisis es la principal fuente de información para intentar llegar al fondo del estudio de la enfermedad del monarca. La sintomatología cognitiva apenas nos aporta información, pero parece ir pareja al trastorno conductual y es biológicamente muy plausible, por lo que se interpreta también como sintomatología primaria. Con respecto a las crisis epilépticas, podría interpretarse como síntoma secundario en el contexto de un paciente malnutrido, con probables alteraciones metabólicas asociadas e incluso tener un origen farmacológico. Por ello tal vez es el síntoma primario más discutible de los tres. Finalmente se ha decidido mantener como síntoma primario en base a que es biológicamente plausible, y sobre todo porque la focalidad de las crisis encaja perfectamente con un daño cerebral focal. El cual concuerda desde el punto de vista sintomatológico con el trastorno conductual, algo que se explicará más adelante, por lo que parece ir también asociado.

## DISCUSIÓN FINAL

### **IV. DEMENCIA NEUROLÓGICA VERSUS DEMENCIA PSIQUIÁTRICA.**

La primera cuestión que hay que responder es si Fernando VI sufrió un trastorno psiquiátrico primario o si hay datos suficientes para pensar en un trastorno con una base neurológica.

La respuesta a esta cuestión es fundamental para poder encarar una mejor aproximación diagnóstica. Como se ha visto previamente, los diversos autores analizados se dividen en función de esta discusión.

Un análisis global de toda la enfermedad del rey permite concluir con una elevada certeza que la enfermedad de Fernando VI tenía una base neurológica. Esta afirmación se argumenta en todos los aspectos ya referidos en esta tesis y que se resumen a continuación.

En primer lugar, para enfocar la enfermedad de Fernando VI como un trastorno psiquiátrico habría que hacerlo dentro de los trastornos del ánimo, siendo esta la única opción valorada dentro de los defensores de una hipótesis psiquiátrica. Partiendo de base del antecedente de su padre, de un episodio depresivo previo en 1743, un posible trastorno distímico de base, un rasgo de la personalidad obsesivo con la muerte y la enfermedad y el fallecimiento de la reina Bárbara de Braganza.

No parece que haya opciones más válidas dentro de la psiquiatría. Hay que recordar que en el rey no predominaron síntomas típicos de un trastorno psicótico. Un trastorno puramente ansioso no daría ese empeoramiento progresivo general que sufrió el monarca, ni los comportamientos tan aberrantes. El rey tampoco desarrolló clínica compatible con un trastorno obsesivo-compulsivo. La misma explicación se puede dar en el resto de patología psiquiátrica.

En segundo lugar, un trastorno del ánimo tampoco parece probable. Los motivos ya se han desarrollado de manera profunda previamente en esta tesis.

En tercer lugar, la presencia de crisis epilépticas, al igual que su focalidad, es un marcador clínico indudable de un daño cerebral. En este caso se puede presuponer que adquirido ya que no hay indicios previos de epilepsia en Fernando VI.

Finalmente, el curso rápidamente progresivo con pérdida de capacidades cognitivas, sociales y funcionales hasta una situación de demencia severa indica que el paciente está sufriendo algo más que un trastorno psiquiátrico primario.

## DISCUSIÓN FINAL

### V. UN TRASTORNO CONDUCTUAL FRONTAL.

La desorganización conductual sufrida por Fernando VI ya ha sido analizada previamente en esta tesis. En ella se puede ver un desarrollo progresivo de una serie de síntomas muy llamativos. El rey sufre un empeoramiento de sus rasgos previos de personalidad obsesivos con la muerte y enfermedad. Con ellos también hay una gran apatía y comportamientos muy agresivos, aberrantes, socialmente inapropiados y repetitivos. Todos ellos fruto de una gran desinhibición e impulsividad.

Todas esas alteraciones conductuales son características de lo que se conoce como un síndrome frontal, o una personalidad frontal. Tal vez el caso más famoso e inicialmente estudiado en la literatura es el de Phineas Gage. Hombre responsable que tras una lesión frontal bilateral traumática en 1848 sufrió un drástico cambio de personalidad con comportamientos muy aberrantes (Damasio, Grabowski et al., 1994).

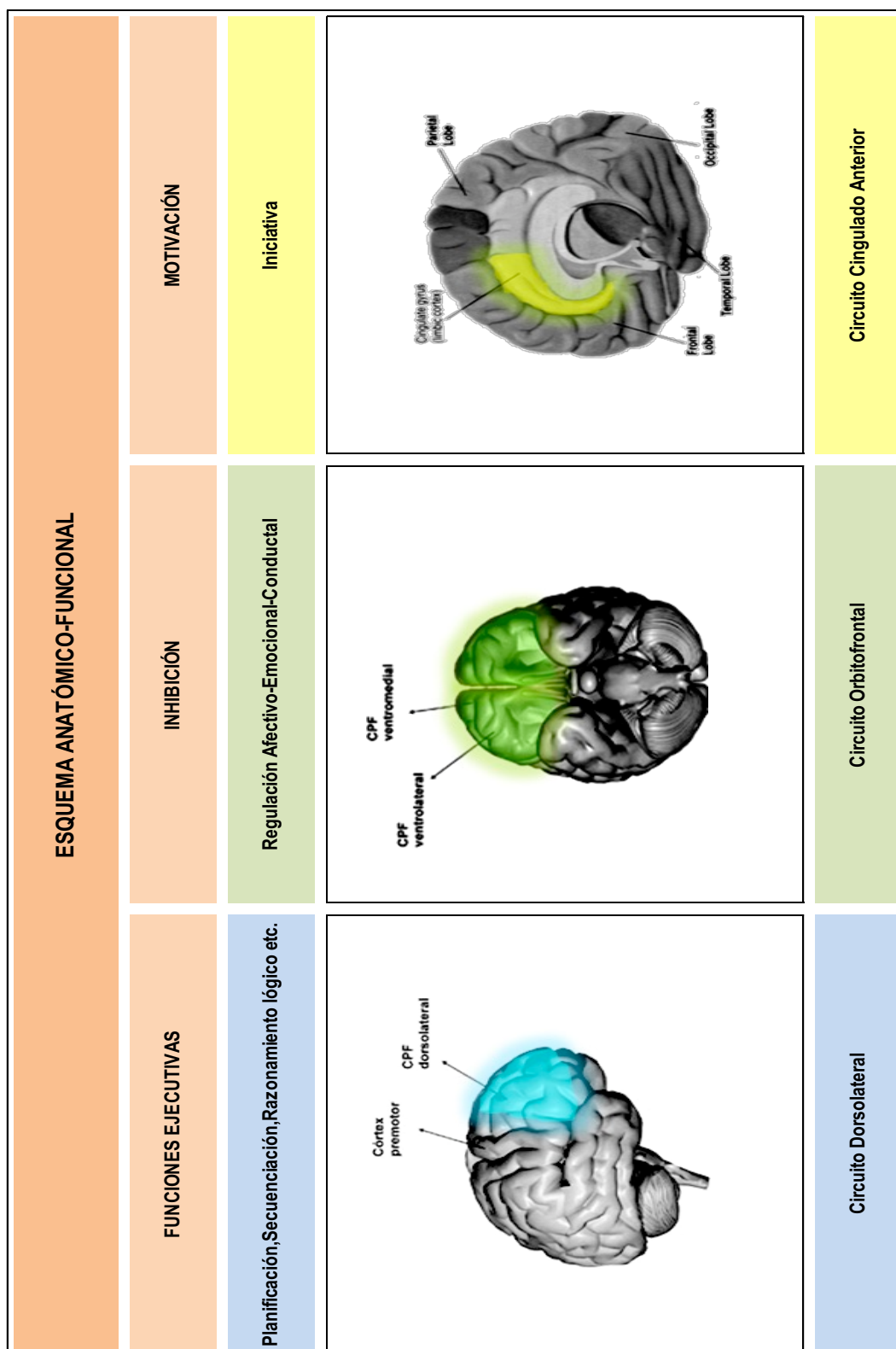
Para entender los trastornos cognitivos y conductuales asociados a la patología del lóbulo frontal hay que conocer su anatomía. Si bien, la complejidad del sistema nervioso y la importancia de los circuitos y redes neuronales hacen incompleto y simplificado cualquier resumen sobre este aspecto.

El lóbulo frontal tiene claras funciones motoras en sus áreas motoras primarias y suplementarias, al igual que se encarga de control oculomotor. Además, en la zona inferolateral del hemisferio dominante está el área de Broca, encargada del lenguaje expresivo. En la parte más anterior del lóbulo frontal, también llamada lóbulo prefrontal, están los circuitos encargados de funciones cognitivas y social-emocionales (Figura 105).

La anatomía del lóbulo prefrontal y todos los circuitos córtico-subcorticales es tema de debate y continuo desarrollo. Su complejidad y diferentes modelos propuestos van más allá de los objetivos de esta tesis.

De manera resumida o simplificada, la neuropsicología actual todavía utiliza en gran parte los conceptos de localización estructural para explicar las diferentes funciones y divisiones dentro del lóbulo prefrontal (Henri-Bhargava, Stuss et al., 2018) Siguiendo esos modelos, el lóbulo prefrontal estaría dividido en córtex cingulado anterior, orbitofrontal, ventrolateral.

## DISCUSIÓN FINAL



**Figura 105.** Esquema anatómo-funcional del lóbulo prefrontal. En la actualidad se siguen utilizando modelos de localización estructural para explicar las diferentes correlaciones anatómo-funcionales. Esquema de Juan Carriles que autoriza su publicación en esta tesis.



## DISCUSIÓN FINAL

El córtex cingulado anterior tiene una clara función sobre la motivación. Las lesiones estructurales sobre esa área llevan al paciente a un trastorno apático que puede ser muy severo. En caso de una afectación bilateral el paciente puede desarrollar un trastorno de mutismo acinético(Nemeth, Hegedus et al., 1988).

El córtex orbitofrontal tiene una función inhibitoria de la conducta. Por lo tanto, una lesión en esa localización provoca en el paciente un trastorno de desinhibición o impulsividad. La expresión clínica de esa afectación se manifiesta en los pacientes de diversa manera, generalmente a modo de un comportamiento alimentario y sexual impulsivo, pérdida de decoro social con comportamientos muy aberrantes, jocosos y socialmente inapropiados, comportamientos motores repetidos, perseverantes y estereotipados, conductas ritualistas y una mayor agresividad(Henri-Bhargava, Stuss et al., 2018). Estas alteraciones conductuales se dan de manera más marcada sobre todo si la lesión es derecha. No es de extrañar por todo ello que un trastorno conductual frontal lleve al paciente a una conducta violenta o criminal(Brower y Price, 2001).

El córtex ventrolateral se encarga de parte de las funciones ejecutivas y del procesamiento de señales emocionales. Consecuentemente, los pacientes con lesiones en esa área tendrán déficits cognitivos sobre todo en capacidades de razonamiento abstracto, resolución de problemas, atención, memoria de trabajo etc. Además se le suma una dificultad de toma de decisiones basadas en un juicio social y ético(Tirapu-Ustárroz y Luna-Lario, 2008).

Finalmente, sobre esas divisiones habría que sumarle los polos frontales. Los cuales tienen funciones integradoras, de la autoconciencia y del reconocimiento de los estados emocionales(Henri-Bhargava, Stuss et al., 2018).

En el caso de Fernando VI se ve de manera clara un síndrome prefrontal frontal progresivo. Los síntomas empiezan con una potenciación de sus rasgos de personalidad previos que se liberan del control inhibitorio. Posteriormente, hay una gran apatía que se acompaña de comportamientos desinhibidos o impulsivos ya analizados previamente. Hay dos características frecuentes de este síndrome que Fernando VI no desarrolló y que es importante aclarar. Se trata de la hipersexualidad y la hiperoralidad.

## DISCUSIÓN FINAL

Con respecto a la falta de hipersexualidad podría explicarse de dos maneras. Una manera sería que tal vez un comportamiento hipersexual haya sido codificado en las descripciones de otra manera, como por ejemplo a modo de comportamientos ajenos a su corazón cristiano. Sin embargo, los testigos no tienen reparos en describir otros comportamientos muy inapropiados por lo que se presupone que también hubieran descrito un comportamiento hipersexual.

La otra explicación es que esté relacionada con una probable patología testicular. La cual ya se comentó previamente en esta tesis al hablar sobre los antecedentes médicos de Fernando VI.

Una disfunción testicular lleva a una situación de hipoandrogenismo. En la actualidad, y de manera excepcional, se pueden tratar situaciones de hipersexualidad en pacientes con demencia bloqueando las hormonas sexuales.(Wolf, Goldberg et al., 2018). Por lo tanto, en el caso de Fernando VI, ya se tendría esa situación de base y de esa manera se evitó el desarrollo de un comportamiento hipersexual.

Con respecto a la ausencia de hiperoralidad hay varias consideraciones a realizar. La primera es que sí se describen en Fernando VI varios episodios breves de comportamientos de alimentación compulsiva. La segunda es que Fernando VI desarrolló la costumbre de echar azúcar en el agua argumentando que así estaba mucho más bueno, algo que parece típico de una hiperoralidad por los dulces, clásicamente descrita en los síndromes frontales. La tercera es sobre los episodios en los cuales Fernando VI come sus propios excrementos, si bien con los datos actuales no se puede saber hasta qué punto ese comportamiento se relaciona más con un déficit cognitivo que con un comportamiento impulsivo. Finalmente, está bien descrito que las lesiones frontales pueden dar a alteraciones de la conducta alimentaria también a modo de comportamientos anoréxicos, sobre todo si esas lesiones son derechas(Uher y Treasure, 2005).

### **VI. UN TRASTORNO COGNITIVO QUE PUEDE SER FRONTAL DERECHO**

Como ya se ha explicado previamente en esta tesis, apenas tenemos datos sobre cómo era la situación cognitiva de Fernando VI. Lo único que parece claro que para noviembre-diciembre de 1758 el monarca ya no tenía capacidad de juicio, al igual que junio de 1759 su situación cognitiva

## DISCUSIÓN FINAL

global era muy mala. Sobre eso, hay que destacar que el rey no parece que haya sufrido un claro trastorno del lenguaje que sería típico de una lesión frontal o temporal izquierda.

Con esos pocos datos disponibles sobre su situación cognitiva no se puede focalizar un daño cerebral con altísima certeza, ya que para ello se necesitaría un examen neuropsicológico reglado. Si bien los pocos datos que se tienen sí son congruentes o factibles con una lesión frontal derecha.

### **VII. UNA EPILEPSIA FRONTAL DERECHA.**

El estudio de la epilepsia de Fernando VI es de gran utilidad para entender la causa de su enfermedad. Su epilepsia nos aportaría información sobre la localización y lateralización del foco epiléptico, que presuntamente indicaría la zona cerebral afectada por un daño estructural.

La localización del foco epiléptico daría información sobre qué lóbulo cerebral es el afectado, de la misma manera, la lateralización del foco epiléptico aportaría datos sobre qué hemisferio cerebral es el afectado.

Para poder tener esa información a ciencia cierta habría que someter al paciente a estudios electrofisiológicos más o menos extensos. No obstante, las características clínicas de las crisis epilépticas suelen aportar la suficiente información para poder discernir el foco epiléptico.

Se puede agrupar los signos clínicos de las crisis epilépticas en: auras, periodo crítico y fase postcrítica. De la misma manera los signos pueden ser de predominio motor, sensorial, autonómico y visual (SEN, 2012).

En el caso de Fernando VI, nos falta mucha información sobre las posibles auras y la fase postcrítica. Por lo tanto, para poder caracterizar mejor la epilepsia solo se pueden usar las descripciones sobre el periodo crítico. En relación a esa afirmación, los testigos especialmente describen los signos motores, por lo que serán estos los únicos que ayuden a identificar el foco epiléptico. Si bien, no sería de extrañar que el monarca tuviera otro tipo de síntomas no motores asociado a su epilepsia y que estos no hayan sido bien reflejados.

Como se había explicado previamente, Fernando VI probablemente sufrió crisis epilépticas que se caracterizaba por movimientos en el hemicuerpo izquierdo y la musculatura facial. Muchas

## DISCUSIÓN FINAL

veces no iban acompañadas de pérdida de conocimiento, pero en otras ocasiones sí se asociaba a una pérdida de conocimiento. En varias ocasiones, se describe que Fernando VI sufrió crisis convulsivas que afectaban a todo el cuerpo y que se describen de una manera similar a una crisis tónico-clónica.

En las crisis epilépticas, la clínica motora simple es generalmente resultado de la activación epiléptica sobre las áreas motoras primarias o suplementarias localizadas en el lóbulo frontal. En este caso sería el lóbulo frontal derecho al ser el hemisferio izquierdo el principalmente afectado (Noachtar y Peters, 2009). Las epilepsias frontales realmente pueden tener un foco inicial más allá de la corteza motora o premotora, pero con los datos que se disponen resulta imposible ir más lejos desde el punto de vista localizador.

### **VIII. POSIBLES ETIOLOGÍAS EN EL CASO DE FERNANDO VI.**

Las conclusiones previamente explicadas focalizan la patología de Fernando VI en el lóbulo frontal derecho, más bien en la zona prefrontal. El problema se puede considerar “*de novo*” ya que no hay datos para pensar en un trastorno crónico o previo de la misma naturaleza.

El proceso patológico se empezó a expresar clínicamente como un trastorno conductual a finales de verano de 1758 y fue progresando en la magnitud de dichos síntomas.

Pocos meses después se le sumó la aparición de las crisis epilépticas lo cual refuerza el carácter progresivo del proceso patológico.

Las causas de una lesión frontal pueden ser múltiples (Figura 106). Sin poder hacer un diagnóstico etiológico con un alto grado de certeza, se puede intentar realizar una aproximación diagnóstica más cercana con los datos clínicos que se tienen.

Una causa traumática se puede descartar con una muy alta probabilidad. No se tiene registros de que Fernando VI haya sufrido un severo traumatismo craneoencefálico. Si así hubiera sido, es muy probable que se hubiera descrito. Mayormente por la magnitud que hubiera tenido que tener dicho traumatismo. Además, clínicamente una lesión traumática no se comporta como una lesión progresiva con el paso de los meses.

<b>LESIONES FOCALES DEL LÓBULO FRONTAL</b>
<b>LESIONES TRAUMÁTICAS</b> Traumatismo craneoencefálico.
<b>ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR</b> Ictus isquémico, ictus hemorrágico, enfermedad microangiopática...
<b>NEOPLASIAS</b> Metástasis cerebrales, tumores cerebrales o intracraniales...
<b>INFECCIONES</b> Absceso cerebral, toxoplasmosis, tuberculoma...
<b>ENFERMEDADES DEGENERATIVAS</b> Demencia frontotemporal...
<b>OTRAS</b> Enfermedades inflamatorias.

**Figura 106.** Causas más frecuentes de una lesión frontal. Las diferentes etiologías pueden causar una lesión frontal de manera específica. Si bien, existen importantes diferencias clínicas en relación a su modo de presentación, evolución y otros síntomas acompañantes.

El inicio lento y confuso de los síntomas, junto con su naturaleza progresiva, tampoco orienta a pensar en un problema cerebrovascular agudo como un ictus isquémico o hemorrágico.

Una demencia vascular frontal por patología microangiopática sí puede dar un proceso lentamente progresivo. En este caso, el daño cerebral se debe por el acúmulo de lesiones isquémicas mediadas por patología vascular de pequeño vaso. Sin embargo, el caso de Fernando VI resulta demasiado rápido para pensar en un problema cuya evolución es lenta (O'Brien, Erkinjuntti et al., 2003). Una posibilidad más factible dentro de las enfermedades cerebrovasculares sería algún tipo de malformación vascular. Dentro de ese grupo de enfermedades sí pueden darse casos que se comporten como una lesión ocupante de espacio progresiva, como un aneurisma cerebral gigante de la arteria cerebral anterior (Sughrue, Saloner et al., 2011)

## DISCUSIÓN FINAL

Un proceso neoplásico de localización frontal derecha sí encaja bien dentro del síndrome que sufrió Fernando VI. La naturaleza de una lesión neoplásica es ocupante de espacio y progresiva. Consecuentemente si estas patologías se localizan a nivel frontal se asocian a cuadros clínicos progresivos con importantes alteraciones conductuales (Hécaen y De Ajuriaguerra, 1956, Lapointe, Perry et al., 2018) En estos casos, la instauración de la clínica viene determinada por la velocidad de crecimiento e infiltración de los tejidos circundantes. Si el crecimiento es muy agresivo el edema vasogénico concomitante junto con las alteraciones del flujo de líquido cefalorraquídeo o venoso producen un rápido aumento de la presión intracraneal. Si fuera así, el rey hubiera mostrado síntomas congruentes de manera rápida como cefalea, vómitos y alteración del nivel de consciencia (Lapointe, Perry et al., 2018). Circunstancias que no parecen que se hayan dado claramente en Fernando VI al menos hasta su situación terminal final. Por ese motivo, en el caso de que Fernando VI haya sufrido un proceso neoplásico frontal derecho, este no parece que haya sido de crecimiento muy agresivo. Además, la concurrencia de crisis epilepsias pocos meses después y con el mismo foco lesional suele darse en lesiones tumorales de crecimiento más lento y localización más cortical (Behin, Hoang-Xuan et al., 2003).

La posibilidad de un origen infeccioso parece poco probable. Es cierto que un absceso cerebral o un tuberculoma se comportan como lesiones ocupantes de espacio. No obstante, la evolución natural de un absceso es más rápida si no se instaura un tratamiento adecuado (Ong, Tsai et al., 2017). Como ya se ha explicado previamente, un tuberculoma es una causa frecuente de lesión cerebral ocupante de espacio en zonas endémicas de tuberculosis. En ese sentido sí parece más factible, principalmente porque su evolución es más lenta que la de un absceso. Pese a ello, la esperanza de vida suele ser de pocos meses, por lo tanto, el caso de Fernando VI parece de evolución bastante lenta para tratarse de un tuberculoma.

Posteriormente quedaría por analizar un proceso neurodegenerativo. Claramente, la expresión clínica de una demencia frontotemporal variante conductual se parece mucho a los síntomas desarrollados por Fernando VI. En esa enfermedad, la afectación de lóbulo frontal viene marcada por un proceso neurodegenerativo mediado por una proteinopatía. Sin embargo, el desarrollo clínicamente expresivo de esas enfermedades suelen tardar varios años, si bien como en todas las enfermedades puede haber casos más rápidos y agresivos (Finger, 2016). Por ese motivo, en

## DISCUSIÓN FINAL

principio la enfermedad de Fernando VI parece de evolución demasiado rápida para tratarse de un trastorno neurodegenerativo, aunque no deja de ser una opción a tener en cuenta.

Las otras posibilidades etiológicas como los procesos inflamatorios tampoco se pueden descartar. El curso progresivo en el desarrollo de los síntomas y la clínica monofocal hacen que en principio estas enfermedades sean menos factibles.

### **IX. LAS COMPLICACIONES MÉDICAS AÑADIDAS.**

Uno de los factores más importantes de la enfermedad de Fernando VI son las complicaciones médicas añadidas, por el papel que pudieron jugar para acortar la vida del rey. Tal como ya se ha descrito, Fernando VI vivió aproximadamente un año desde que empezó claramente a mostrar los síntomas de su enfermedad. Sin embargo, las complicaciones médicas seguramente jugaron un papel clave a la hora de acortar su esperanza de vida.

#### **9.1 La malnutrición.**

Parece bastante claro que Fernando VI sufrió una severa desnutrición debido al trastorno de la conducta alimentaria que desarrolló. Para finales de febrero de 1759 su situación era compatible con un estado de caquexia.

Por todo ello, se puede decir con seguridad que la situación de desnutrición extrema jugó un papel muy importante en acortar la esperanza de vida en el rey, por las implicaciones médicas que esa situación acarrea (Avelino-Silva, Farfel et al., 2014).

Las consecuencias de una desnutrición severa afectan al resto de sistemas del cuerpo humano, incluido por supuesto al sistema nervioso. No obstante, la clínica neurológica o psiquiátrica que el rey haya podido desarrollar por la desnutrición, estaría camuflada dentro de la sintomatología previa que ya venía desarrollando.

Hay alguna cuestión interesante en todo lo que tiene que ver con la desnutrición en el rey. Una de ellas sería si hay datos para pensar si Fernando VI pudo haber tenido un estado carencial, reflexión que viene dada especialmente por una dieta poco variada y muy pobre en verduras. No

## DISCUSIÓN FINAL

sería de extrañar por ello que el rey haya podido tener alguna situación carencial de vitamina B12, ácido fólico, vitamina C o incluso niacina. Sin embargo, con los datos que se disponen resulta prácticamente imposible llegar más lejos de una reflexión médica. Los únicos datos a tener en cuenta es que no parece claro que se hayan registrado alteraciones dermatológicas de interés en el monarca. Tampoco en las encías, ya que Andrés Piquer menciona de manera específica que Fernando VI no tenía alteraciones en las encías típicas de los pacientes con escorbuto (Hirschmann y Raugi, 1999).

### 9.2 Los edemas.

Fernando VI desarrolló edemas generalizados a partir de marzo de 1759 y que al menos se describen claramente hasta mayo de 1759. La magnitud de los edemas debió ser muy considerable, hasta llegar a una situación de auténtica anasarca. Los edemas eran más severos en zonas de reposo y se llega a describir que mejoraba cuando el rey orinaba.

En la actualidad, cualquier médico clínico tendría a pensar en el síndrome nefrótico como causa principal de una situación de anasarca. La fisiopatología de un síndrome nefrótico es la caída de la presión coloidismótica por pérdida de grandes cantidades de proteína por la orina. Esa situación de hipoproteinemia grave lleva a una pérdida de agua y sodio del compartimiento vascular con aparición de edemas generalizados (Braunwald y Loscalzo, 2016).

La etiología de los síndromes nefróticos está en relación a patologías nefrológicas. Suena enrevesado intentar explicar porque Fernando VI desarrolla una nefropatía a principios de marzo de 1759 y porque luego los edemas se estabilizan o disminuyen en los meses siguientes.

Esa complejidad argumentativa lleva intentar buscar otras causas y analizar mejor la situación global de Fernando VI en esa época.

Salta a la vista que hay una correlación temporal clara del inicio de los edemas con una situación de severa desnutrición y una posterior mejoría de la alimentación. Hay que recordar como a mediados-finales de febrero de 1759, Fernando VI empieza a aplanar su sintomatología conductual, lo cual significa una menor agresividad y una mejor alimentación. No se puede hablar de que desde entonces se hubiera conseguido una alimentación plena en el rey, pero sí que



## DISCUSIÓN FINAL

partiendo de una situación de caquexia se inició una alimentación más adecuada y de manera rápida. Fue al poco después cuando empezaron los problemas de los edemas generalizados.

Una situación de hipoproteinemia por un déficit nutricional prolongado puede llevar al desarrollo de edemas generalizados. Los cuales se intensifican por la posibilidad de una cardiopatía carencial y la formación de múltiples fístulas arteriovenosas periféricas (Braunwald y Loscalzo, 2016). Ese escenario puede empeorar si luego se somete al paciente a una realimentación precoz. Es lo que se conoce como un síndrome de realimentación.

El síndrome de realimentación clínicamente se manifiesta por el desarrollo de edemas generalizados, problemas respiratorios, insuficiencia cardíaca, alteraciones metabólicas y trastornos neurológicos. Se debe por todas las alteraciones metabólicas y fisiológicas que ocurren al someter a una nutrición más completa y precoz en un paciente con una malnutrición. Con respecto a los edemas, estos son generalizados y pueden ser muy severos. Su fisiopatología es compleja, pero están relacionados con someter al paciente a una sobrecarga de agua y sodio en un contexto en el cual el organismo está adaptado a funcionar en una situación de desnutrición. Además, los edemas están potenciados por un estado de insuficiencia cardíaca secundaria a una disfunción miocárdica por la desnutrición. Con respecto a los síntomas neurológicos, pueden ser muy diversos, en general afectan al sistema neuromuscular aunque los pacientes pueden tener alteraciones del nivel de consciencia y crisis epilépticas (Temprano Ferreras, Breton Lesmes et al., 2005).

En el caso de Fernando VI la situación de los edemas generalizados está muy probablemente relacionada con su desnutrición previa y una posterior mejor alimentación. La correlación temporal es clara, la posterior estabilización con las semanas-meses del problema o incluso mejoría también sería congruente y biológicamente plausible.

### 9.3 La disnea.

Desde la primavera de 1759, Fernando VI desarrolla problemas respiratorios que según las descripciones le causaban fatiga con los mínimos esfuerzos. Andrés Piquer habla incluso de sonidos respiratorios a modo de un silbo en la garganta y que los latinos llaman "*sibilus*".

## DISCUSIÓN FINAL

Esa circunstancia apareció correlacionada con una situación de anasarca. A lo cual se le suma la posibilidad de un problema de disfunción cardíaca en el contexto de la desnutrición y síndrome de realimentación. Por esa reflexión, se considera probable que los problemas respiratorios puedan estar relacionados con un estado de insuficiencia cardíaca.

Más adelante, ya en verano de 1759, Fernando VI desarrolla otros problemas respiratorios con aparición de sangre con la expectoración. El diagnóstico diferencial resulta demasiado amplio como para poder hacer una aproximación diagnóstica mínimamente certera (Kritek y Fanta, 2016). Resulta sin embargo interesante correlacionar ese problema con la situación médica general tan mala que tenía ya el monarca. Por ese motivo tal vez la hemoptisis tenga ya relación con algún tipo de complicación infecciosa respiratoria.

### **9.4 El problema no resuelto de la bipedestación.**

De todas las complicaciones que sufrió Fernando VI en su enfermedad. La dificultad para la bipedestación es la más desconcertante.

Siguiendo el relato de la enfermedad, desde principios de diciembre de 1758 Fernando VI nunca más se puso de pie. El análisis de la cronología de los hechos permite ver que en las semanas previas Fernando VI caminaba sin problemas. Es más, en noviembre Fernando VI caminaba durante casi todo el día sin parar por su cuarto. El hecho que acabó con ese trastorno motor repetitivo fue la aparición de heridas e hinchazón en una pierna. A raíz de esa correlación podría pensarse que fue ese problema locomotor traumático el que originó la imposibilidad de la bipedestación. Sin embargo, es llamativo la larga duración del problema como para poder explicarse por una patología en teoría transitoria tras el reposo.

En análisis cronológico también muestra como a principios de diciembre de 1758, el rey se puede poner de pie tras varios días encamado, aunque ya desde entonces no lo vuelve a hacer. Más adelante se empieza a describir los múltiples intentos del monarca para ponerse de pie y como este caía al suelo de manera repetida. Esa información viene a decir que al menos los primeros días en los que el monarca adquirió una actitud de encamamiento todavía podía mantener cierta

## DISCUSIÓN FINAL

capacidad de bipedestación. La cual más adelante fue perdiendo del todo. Por lo tanto, no parece que haya sido un problema con un inicio tan agudo como pudiera pensarse.

Hay otro dato que ayuda a caracterizar mejor el problema de la bipedestación en Fernando VI. El rey conservaba una gran fuerza en las extremidades superiores mientras estuvo encamado, algo que se demuestra por toda la agresividad que tenía hacia sus asistentes, a los cuales no paraba de agredir usando sus brazos.

A raíz de las consideraciones anteriores, solo se puede abordar el problema con dos aproximaciones sindrómicas. La primera sería enfocarlo como una paraparesia o una monoparesia de una pierna, la segunda como un problema atáxico.

En el primer caso, Fernando VI no tendría suficientemente fuerza en las extremidades inferiores para ponerse de pie. Las etiologías pueden ser múltiples, desde una paraparesia debida a un problema medular cuya etiología es incierta, o un trastorno neuromuscular relacionado con la desnutrición, o una monoparesia de la pierna izquierda relacionado con el propio problema cerebral frontal derecho causante del resto de síntomas primarios.

Con respecto a un problema medular, los testigos no dejan claro si Fernando VI desarrolló una incontinencia esfinteriana que sería característica. Ciertamente desde entonces el monarca orinaba y defecaba sobre la cama de manera reiterativa. Pero la causa de ese trastorno podría estar más en relación con su problema cognitivo/conductual que por un problema del control esfinteriano. Siguiendo la teoría de un problema medular, es cierto que Fernando VI llegó al menos una vez a decir que no sentía las piernas, pero en un momento en el cual las tenía edematosas, por lo tanto esa pérdida de sensibilidad puede estar más relacionado con lo edemas que por una hipoestesia real. En todo caso, aunque la hipótesis medular no deja de ser extraña, es una teoría interesante a tener en cuenta dentro del juego intelectual.

Una paraparesia debida a un trastorno neuromuscular relacionada por la desnutrición parece poco probable, ya que sería muy raro que una enfermedad de estas características afectase de manera tan pura solo a las extremidades inferiores.

Por último, una monoparesia de la pierna izquierda es biológicamente plausible, bajo la hipótesis ya explicada de una lesión frontal derecha ocupante de espacio y expansiva, que acabe

## DISCUSIÓN FINAL

afectando a la corteza motora primaria encargada de la pierna. Es decir de localización paracentral.

La otra posibilidad sería enfocar el problema de la bipedestación como un problema atáxico. En este caso la incapacidad de la bipedestación no sería por una clara pérdida de fuerza, sino por un problema de estabilidad. Una vez más la correlación con la desnutrición podría explicarlo, por ejemplo por una degeneración combinada subaguda en relación a un déficit de vitamina B12 o ácido fólico(Schwendimann, 2018). En este caso, la degeneración de los cordones posteriores de la médula repercute en los pacientes con un severo síndrome atáxico. De la misma manera, otras situaciones nutricionales deficitarias y endocrinológicas pueden dar un síndrome atáxico por afectación del sistema nervioso periférico o el cerebelo.

### **9.5 Otros problemas médicos: Estreñimiento, hipo, priapismo y úlceras**

Fernando VI sufrió un claro estreñimiento durante los primeros meses de su enfermedad. Una pobre alimentación y una vida sedentaria pueden explicar perfectamente el estreñimiento. Además el tratamiento con opio, que parece que le dieron, potenciaría este problema.

El origen de un hipo persistente puede ser múltiple, habiendo causas que afecten al directamente al sistema nervioso central o periférico, sistema cardiovascular, digestivo o tener un origen farmacológico o metabólico(Chang y Lu, 2012).

Con respecto al priapismo, la causa resulta difícil de vislumbrar. En todo caso lo más probable es que haya tenido un origen farmacológico dentro de toda la amalgama de tratamientos con fórmulas complejas y cuyas propiedades farmacológicas son difíciles de averiguar.

Finalmente, Fernando VI sufrió múltiples úlceras en las zonas de presión que están claramente relacionadas con una situación de encamamiento y potenciadas por la desnutrición.

## DISCUSIÓN FINAL

### 9.6 La causa de la muerte.

Siguiendo el relato de la enfermedad de Fernando VI, se observa como a principios de agosto de 1759 el rey entra en una situación preterminal y relacionada con una descompensación epiléptica. Finalmente, el monarca desarrolla claros problemas respiratorios y acaba falleciendo. La causa inmediata de la muerte podría relacionarse con una insuficiencia respiratoria, en el contexto clínico de una descompensación epiléptica o incluso estado epiléptico.

### X. REFLEXIONES FINALES SOBRE LA ENFERMEDAD DE FERNANDO VI.

El análisis previamente realizado permite esquematizar la enfermedad de Fernando VI de la siguiente manera (Figura 107)

Fernando VI sufrió un proceso progresivo que afectó al lóbulo frontal derecho y que lo ocasionó una disfunción focal, dentro de lo que se considera un síndrome prefrontal. La etiología de ese proceso puede ser múltiple y de diversa naturaleza. Si bien impresiona comportarse como un proceso progresivo o expansivo, a modo de una lesión ocupante de espacio. Esta afirmación se sustenta por la evolución con los meses a una mayor expresividad clínica y la adquisición posterior de una epilepsia focal frontal derecha. Dentro de todas las etiologías posibles, se considera más probable un origen neoplásico. No obstante, el diagnóstico etiológico es muy especulativo y cualquier otra opción se puede considerar factible. Con respecto a la localización de la lesión, probablemente estaba cercana a zonas del córtex orbitofrontal derecho.

Clínicamente los síntomas se empezaron a manifestar claramente en septiembre de 1758.

Previamente es probable que Fernando VI ya hubiera tenido algún tipo de sintomatología conductual relacionada. No obstante, la agonía y muerte de Bárbara de Braganza jugó un papel encubridor de cualquier síntoma para los testigos. Lo cual parece certero, ya que Fernando VI sí mostró un estado de ánimo bajo y con tendencia al lloro en relación al duelo correspondiente.

Desde septiembre de 1758 el rey desarrolló de manera progresiva los síntomas conductuales acordes a una afectación frontal derecha. Esos síntomas tenían de base una conducta

## DISCUSIÓN FINAL

desinhibida con potenciación de sus rasgos de personalidad previos y comportamientos aberrantes, agresivos y motores repetitivos. Todos ellos socialmente muy inapropiados. Además, el monarca sufrió una gran apatía también congruente con el mismo proceso sindrómico.

Con respecto a situación cognitiva, no se puede analizar con profundidad por la falta de datos, pero el rey fue progresivamente perdiendo sus capacidades de juicio, las cuales estaban ya muy afectadas para finales de noviembre de 1758, al igual que conservó la capacidad del lenguaje.

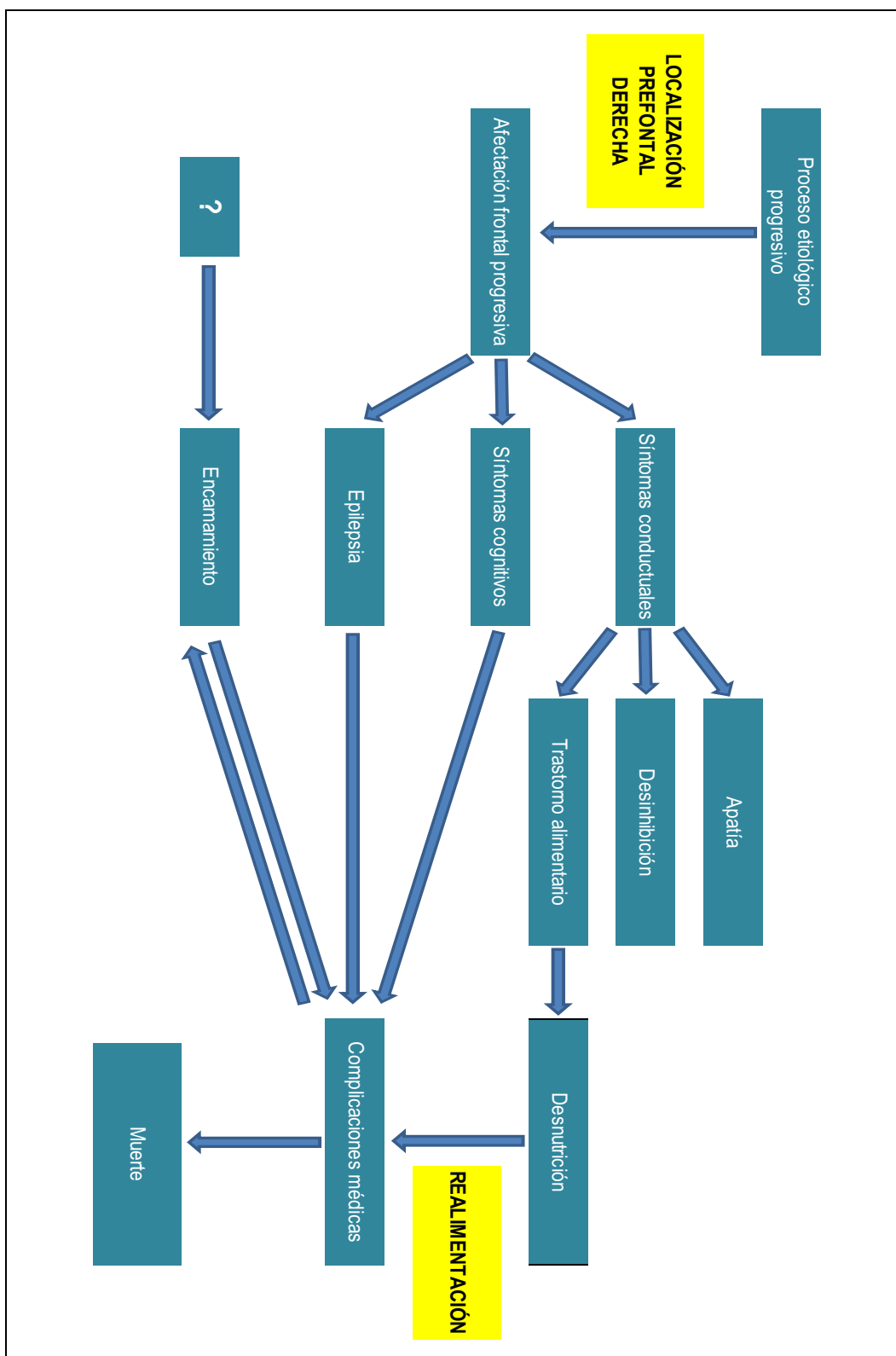
En enero de 1759 Fernando VI empezó a sufrir crisis epilépticas focales que a veces se generalizaban como crisis tónico-clónicas. La semiología de esas crisis focales es congruente con una epilepsia frontal derecha, relacionada con la progresión del proceso etiológico.

Sobre todos los síntomas desarrollados, Fernando VI manifestó un severo trastorno de la conducta alimentaria con un comportamiento anoréxico. Esa actitud le llevó a una situación de desnutrición extrema con el paso de los meses que seguramente jugó un papel importante en todo su organismo. Es posible que la desnutrición se relacione con la incapacidad de la bipedestación que tuvo el rey desde diciembre de 1758. Sin embargo, es posible que la no bipedestación pueda estar relacionada con el propio proceso etiológico cerebral o con un problema medular cuya etiología sería muy incierta, aunque probablemente relacionada. Desgraciadamente faltan datos para aclarar el problema de la incapacidad de la bipedestación y es un punto claramente no resuelto en el estudio de la enfermedad de Fernando VI.

Desde marzo de 1759, Fernando VI adquirió una actitud conductual progresivamente más aplanada o menos expresiva. Ese cambio probablemente se relaciona con un empeoramiento de su situación cognitiva o los problemas médicos relacionados con la desnutrición y el encamamiento. En todo caso, gracias a ello se puede realimentar al rey desde entonces. Esa realimentación en una situación previa de desnutrición jugó un papel clave en la aparición de edemas generalizados y disnea, la cual se mantuvo al menos durante la primavera de 1759.

Al llegar el verano de 1759 Fernando VI estaba en una situación compatible con una demencia severa, sin poder decir cosas con sentido, encamado, con llagas de presión, edemas, problemas respiratorios etc. Al llegar agosto de 1759 el rey sufre una descompensación epiléptica severa que con el paso de los días le lleva a no recuperar el nivel de consciencia y empeorar sus problemas respiratorios. Finalmente fallece el 10 de agosto de 1759 a los 45 años de edad.

## DISCUSIÓN FINAL



**Figura 107.** Esquema final sobre la enfermedad de Fernando VI.

**CONCLUSIONES**

---





## CONCLUSIONES

### I. CONCLUSIONES.

1. En relación a la enfermedad de Fernando VI existe una amplia documentación de fuentes primarias de información en los archivos documentales españoles. Las fuentes primarias más importantes son: el manuscrito de Andrés Piquer, las cartas del infante don Luis a su madre, la múltiple correspondencia de Ricardo Wall.
2. Se escribieron diarios médicos durante la enfermedad de Fernando VI, los cuales se mandaron a Nápoles y la granja de San indelfonso. Esos diarios llegaron a estar en el Archivo Histórico Nacional y los llegó a tener el historiador Manuel Danvila y Collado. Actualmente su localización es desconocida. En los archivos españoles se conservan algunos documentos médicos independientes de gran valor histórico, aunque la información que aportan en el estudio de la enfermedad de Fernando VI es escasa.
3. La enfermedad de Fernando VI empezó clínicamente a mostrarse de manera clara en septiembre de 1758. Previamente es posible que haya sido enmascarada o camuflada en un duelo por la enfermedad de la reina Bárbara de Braganza.
4. La enfermedad de Fernando VI se caracterizó clínicamente por una desorganización conductual, pérdida de capacidades cognitivas y crisis epilépticas.
5. La sintomatología conductual fue expresada a modo de un empeoramiento de los rasgos previos de personalidad obsesivos con la enfermedad y muerte, apatía y comportamientos desinhibidos o impulsivos. Todos ellos socialmente muy inapropiados y abigarrados. Además, el rey sufrió una severa alteración de la conducta alimentaria con comportamientos anoréxicos.

## CONCLUSIONES

6. La mayor expresividad clínica de los síntomas conductuales se dio en febrero de 1759. Desde entonces las alteraciones conductuales en Fernando VI se fueron aplanando, especialmente desde abril de 1759. Desde el punto de vista de la situación cognitiva, se puede concluir que para finales de noviembre de 1758 el rey no tenía ya una buena capacidad de juicio.
7. Existen datos suficientes para determinar con alto grado de certeza que las crisis convulsivas en el rey tenían un origen epiléptico. La semiología esos episodios orientan a que el monarca sufrió crisis focales con síntomas motores, algunas veces con alteración de la consciencia y otras veces no. El rey también sufrió crisis focales que evolucionaban a tónico-clónicas bilateralmente.
8. Fernando VI desarrolló una severa desnutrición con un estado de caquexia para febrero de 1759. A partir de entonces el monarca sufre la aparición de edemas generalizados compatible con una situación de anasarca. Es probable que relacionados con la desnutrición previa y un síndrome de realimentación posterior.
9. Fernando VI entra en una situación de descompensación epiléptica en agosto de 1759. Finalmente fallece correlacionado por ese motivo el 10 de agosto de 1759.
10. Con respecto a la causa de la enfermedad. Esta se explica sindrónicamente por una disfunción progresiva del lóbulo frontal derecho. Desde el punto de vista etiológico las posibilidades son múltiples. Una lesión neoplásica parece la más probable.
11. La impresión que trasmite las fuentes documentales, es que Fernando VI debió de sufrir mucho durante su enfermedad. Su situación médica llegó a ser nefasta, no solo por los síntomas propios de su enfermedad, sino también por las complicaciones sobrevenidas a su situación

## CONCLUSIONES

12. Existió una gran desconfianza por los cuidados que estaba recibiendo el rey de sus asistentes, al igual que de los médicos que le estaban tratando.
  
13. El análisis de los documentos, establece una historia de una muerte inevitable y una prolongación innecesaria del estado de desgobierno.

## CONCLUSIONES

## **BIBLIOGRAFÍA**

---



## BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Piñal, F. La Cultura en el reinado de Fernando VI. La época de Fernando VI. Oviedo Cátedra feijoo-Universidad de Oviedo, 1981.

Aguilar Piñal, F. La España ilustrada del absolutismo ilustrado. Barcelona: Espasa Libros, 2005.

Álvar Martínez, V. and Pardo Tomás, J. Un conflicto profesional, un conflicto moral y un conflicto de género: los debates en torno a la atención al parto en la Ilustración. *Cronos*, 2001;4:3-27.

Álvar Martínez, V. and Pardo Tomás, J. Anatomical Theatres and the Teaching of Anatomy in Early Modern Spain. *Medical History*, 2005;49:251-280.

Angel y Espinos, J. Andres piquer and the neo-hippocratic teaching of medicine in eighteenth century Spain. *Stud Anc Med*, 2010;35:461-474.

APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

Apostolova, L. G. Alzheimer Disease. *Continuum (Minneapolis)*, 2016;22:419-434.

Avbersek, A. and Sisodiya, S. Does the primary literature provide support for clinical signs used to distinguish psychogenic nonepileptic seizures from epileptic seizures? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2010;81:719-725.

Avelino-Silva, T. J., Farfel, J. M., Curiati, J. A., Amaral, J. R., Campora, F. and Jacob-Filho, W. Comprehensive geriatric assessment predicts mortality and adverse outcomes in hospitalized older adults. *BMC Geriatr*, 2014;14:129.

Baldessarini, R. J., Tondo, L. and Visioli, C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr Scand*, 2014;129:383-392.

Basante Pol, R. La demencia de un Rey: Fernando VI ( 1746-1759). Madrid: Real academia nacional de farmacia, 2010.

Behin, A., Hoang-Xuan, K., Carpentier, A. F. and Delattre, J. Y. Primary brain tumours in adults. *Lancet*, 2003;361:323-331.

Belmaker, R. H. Bipolar Disorder. *New England Journal of Medicine*, 2004;351:476-486.



## BIBLIOGRAFÍA

Bonet Correa, A. Un reinado bajo el signo de la paz. En: A. Bonet Correa and B. Blasco Esquivias, eds. Un reinado bajo el signo de la paz, Fernando VI y Bárbara de Braganza. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2002.

Braunwald, E. and Loscalzo, J. Edema. En: D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser et al., eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education, 2016.

Brigo, F., Bragazzi, N. L., Lattanzi, S., Nardone, R., Martini, M. and Trinka, E. Classification of epilepsies in the 18th century. *Lancet Neurol*, 2018;17:397-398.

Brower, M. C. and Price, B. H. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2001;71:720-726.

Calleja Leal, G. El castillo de Villaviciosa de Odón. Pabellón de caza de los Borbones. 1759-2009, Fernando VI en el Castillo de Villaviciosa de Odón, 2009a.

Calleja Leal, G. Fernando VI. Semblaza de un reinado de paz, justicia y progreso. 1759-2009, Fernando VI en el Castillo de Villaviciosa de Odón, 2009b.

Campos Díez, M. El protomedicato en la administración central de la monarquía hispánica. *Dynamis*, 1996;16:43-58.

Campos Díez, M. El real Protomedicato Castellano ( siglos XIV-XIX). España: Universidad de Castilla-La Mancha, 1999.

Chang, F. Y. and Lu, C. L. Hiccup: mystery, nature and treatment. *J Neurogastroenterol Motil*, 2012;18:123-130.

Chen, D. K. and LaFrance, W. C., Jr. Diagnosis and Treatment of Nonepileptic Seizures. *Continuum (Minneapolis, Minn)*, 2016;22:116-131.

CID. Normes internationales pour l'édition des documents médiévaux. Zaragoza Folia Caesaraugustana, 1991.

Cohen-Mansfield, J. Agitated behavior in persons with dementia: the relationship between type of behavior, its frequency, and its disruptiveness. *J Psychiatr Res*, 2008;43:64-69.

Cohen-Mansfield, J. and Billig, N. Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc*, 1986;34:711-721.

## BIBLIOGRAFÍA

Collinge, J. Prion diseases of humans and animals: their causes and molecular basis. *Annu Rev Neurosci*, 2001;24:519-550.

Coxe, W. España bajo el reinado de la casa de Borbón (1700-1788). Alicante: Universidad de Alicante, 2011.

Craddock, N. and Sklar, P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet*, 2013;381:1654-1662.

Cummings, J. L. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 1997;48:S10-16.

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A. and Gornbein, J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 1994;44:2308-2314.

Dalley, J. W. and Roiser, J. P. Dopamine, serotonin and impulsivity. *Neuroscience*, 2012;215:42-58.

Dalmau, J., Armangue, T., Planaguma, J., Radosevic, M., Mannara, F., Leypoldt, F., Geis, C., Lancaster, E., Titulaer, M. J., Rosenfeld, M. R. and Graus, F. An update on anti-NMDA receptor encephalitis for neurologists and psychiatrists: mechanisms and models. *Lancet Neurol*, 2019;18:1045-1057.

Dalmau, J., Lancaster, E., Martinez-Hernandez, E., Rosenfeld, M. R. and Balice-Gordon, R. Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Lancet Neurol*, 2011;10:63-74.

Damasio, H., Grabowski, T., Frank, R., Galaburda, A. M. and Damasio, A. R. The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*, 1994;264:1102-1105.

Danvila, A. Fernando VI y Doña Barbara de Braganza. Madrid: Imprenta de Jaime Batés Martín, 1905.

Danvila, M. Reinado de Carlos III. Madrid: El Progreso editorial, 1893.

Elie, M., Cole, M. G., Primeau, F. J. and Bellavance, F. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Intern Med*, 1998;13:204-212.

Fernández Doctor, A. Asistencia rural en los siglos XVII y XVIII: Los tipos de «conducción» de los profesionales sanitarios en Aragón. *Dynamis*, 2002;22:189-208.

## BIBLIOGRAFÍA

Fernández-Menéndez, S., González-González, J. M., Álvarez-Antuña, V. and Bobes, J. La demencia de Fernando VI y el año sin rey. *Rev Neurol*, 2016;62:516-523.

Fernandez-Vega, I. La demencia de Fernando VI y el año sin rey. *Rev Neurol*, 2016;63:287-288.

Finger, E. C. Frontotemporal Dementias. *Continuum (Minneap Minn)*, 2016;22:464-489.

Franceschetti, S., Michelucci, R., Canafoglia, L., Striano, P., Gambardella, A., Magaudda, A., Tinuper, P., La Neve, A., Ferlazzo, E., Gobbi, G., Giallonardo, A. T., Capovilla, G., Visani, E., Panzica, F., Avanzini, G., Tassinari, C. A., Bianchi, A. and Zara, F. Progressive myoclonic epilepsies: definitive and still undetermined causes. *Neurology*, 2014;82:405-411.

García Rives, A. Fernando VI y Doña Bárbara de Brangaza ( 1748-1759). Apuntes sobre su reinado. Tesis doctoral en la facultad de filosofía y letras, Universidad de Madrid, 1917.

Gargantilla, P. Las enfermedades de los borbones: La esfera de los libros, 2007.

Gargantilla-Madera, P., Pintor-Holguin, E. and Montero-Jimenez, J. La demencia de Fernando VI y el año sin rey. *Rev Neurol*, 2016;63:287.

Geschwind, M. D. Rapidly Progressive Dementia. *Continuum (Minneap Minn)*, 2016;22:510-537.

Geschwind, M. D., Shu, H., Haman, A., Sejvar, J. J. and Miller, B. L. Rapidly progressive dementia. *Ann Neurol*, 2008;64:97-108.

Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Hodgson, N. and Hauck, W. W. Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a nonpharmacological intervention. *J Am Geriatr Soc*, 2010;58:1465-1474.

Gómez Urdáñez, J. L. (2013a). "Fernando VI y la España Discreta. El Reino." Punto de vista editores. Acceso 8 de abril de 2018, Disponible en: <http://puntodevistaeditores.com/>.

Gómez Urdáñez, J. L. (2013b). "Fernando VI y la España Discreta. El Rey." Punto de vista editores. Acceso 2 de abril de 2017, Disponible en: <http://puntodevistaeditores.com/>.

González Doria, F. Las reinas de España. Madrid: Bitacora, 1999.

Granjel, L. La medicina española del siglo XVIII. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 1979.

## BIBLIOGRAFÍA

Granjel, L. Historia de la real academia nacional de medicina. Madrid: Real academia nacional de medicina, 2006.

Graus, F., Titulaer, M. J., Balu, R., Benseler, S., Bien, C. G., Cellucci, T., Cortese, I., Dale, R. C., Gelfand, J. M., Geschwind, M., Glaser, C. A., Honnorat, J., Hoftberger, R., Iizuka, T., Irani, S. R., Lancaster, E., Leypoldt, F., Pruss, H., Rae-Grant, A., Reindl, M., Rosenfeld, M. R., Rostasy, K., Saiz, A., Venkatesan, A., Vincent, A., Wandinger, K. P., Waters, P. and Dalmau, J. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. *Lancet Neurol*, 2016;15:391-404.

Hammar, A. and Ardal, G. Cognitive functioning in major depression--a summary. *Front Hum Neurosci*, 2009;3:26.

Hécaen, H. and De Ajuriaguerra, J. Troubles mentaux au cours des tumeurs intracrâniennes Paris: Masson & Cie, 1956.

Henri-Bhargava, A., Stuss, D. T. and Freedman, M. Clinical Assessment of Prefrontal Lobe Functions. *Continuum (Minneapolis)*, 2018;24:704-726.

Higueras Rodríguez, M. D. La modernización de la Marina en el reinado de Fernando VI En: A. Bonet Correa and B. Blasco Esquivias, eds. *Un reinado bajo el signo de la paz, Fernando VI y Bárbara de Braganza: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte*, 2002.

Hirschmann, J. V. and Raugi, G. J. Adult scurvy. *J Am Acad Dermatol*, 1999;41:895-906.

Horacio de Freitas, J. Elogio de la melancolía: una historia marginal de la bilis negra. *Daimon. Revista internacional de Filosofía*, 2016;Suplemento 5:817-826.

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., Leon, A. C., Rice, J. A. and Keller, M. B. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2002;59:530-537.

Kamen, H. Felipe V: El rey que reino dos veces. Madrid: Temas de hoy, 2000.

Kayser, M. S., Titulaer, M. J., Gresa-Arribas, N. and Dalmau, J. Frequency and characteristics of isolated psychiatric episodes in anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis. *JAMA Neurol*, 2013;70:1133-1139.

Kent, S. J., Crowe, S. M., Yung, A., Lucas, C. R. and Mijch, A. M. Tuberculous meningitis: a 30-year review. *Clin Infect Dis*, 1993;17:987-994.

## BIBLIOGRAFÍA

Kritek, P. A. and Fanta, C. H. Tos y hemoptisis. En: D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser et al., eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19 ed. New York, NY: McGraw-Hill Education, 2016.

Laín Entralgo, P. Historia de la medicina Barcelona: Salvat Editores, 1978.

Lapointe, S., Perry, A. and Butowski, N. A. Primary brain tumours in adults. *Lancet*, 2018;392:432-446.

Levy, M. L., Cummings, J. L., Fairbanks, L. A., Masterman, D., Miller, B. L., Craig, A. H., Paulsen, J. S. and Litvan, I. Apathy is not depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1998;10:314-319.

Lezak, M. D. The Problem of Assessing Executive Functions. *International Journal of Psychology*, 1982;17:281-297.

Marin, R. S. Differential diagnosis and classification of apathy. *Am J Psychiatry*, 1990;147:22-30.

Martínez Conesa, J. A. Las perturbaciones mentales en el corpus hippocraticum. El concepto "manía". *Saitabi*, 1991;41:111-123.

Martínez-Aran, A., Torrent, C., Tabares-Seisdedos, R., Salamero, M., Daban, C., Balanza-Martínez, V., Sánchez-Moreno, J., Manuel Goikolea, J., Benabarre, A., Colom, F. and Vieta, E. Neurocognitive impairment in bipolar patients with and without history of psychosis. *J Clin Psychiatry*, 2008;69:233-239.

Mateos Dorado, D. La única contribución y el catastro de ensenada. La época de Fernando VI. Oviedo: Cátedra feijoo-Universidad de Oviedo, 1981.

Mateos Dorado, D. La actitud de Carlos III durante el año sin rey. Actas del congreso internacional sobre "carlos III y la ilustración". Madrid: Ministerio de Cultura, 1989.

McKeon, A., Vaughan, C. and Delanty, N. Seizure versus syncope. *Lancet Neurol*, 2006;5:171-180.

Mindán Manero, M. Andrés Piquer. Filosofía y medicina en la España del siglo XVIII. Zaragoza: Sdad. Coop. de Artes Gráficas, 1991.

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M. and Swann, A. C. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*, 2001;158:1783-1793.

## BIBLIOGRAFÍA

Morán Turina, M. Imágenes de un reinado pacífico. En: A. Bonet Correa and B. Blasco Esquivias, eds. Un reinado bajo el signo de la paz, Fernando VI y Bárbara de Braganza. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2002.

Mur, M., Portella, M. J., Martínez-Aran, A., Pifarre, J. and Vieta, E. Persistent neuropsychological deficit in euthymic bipolar patients: executive function as a core deficit. *J Clin Psychiatry*, 2007;68:1078-1086.

Nemeth, G., Hegedus, K. and Molnar, L. Akinetic mutism associated with bicingular lesions: clinicopathological and functional anatomical correlates. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*, 1988;237:218-222.

Noachtar, S. and Peters, A. S. Semiology of epileptic seizures: a critical review. *Epilepsy Behav*, 2009;15:2-9.

O'Brien, J. T., Erkinjuntti, T., Reisberg, B., Roman, G., Sawada, T., Pantoni, L., Bowler, J. V., Ballard, C., DeCarli, C., Gorelick, P. B., Rockwood, K., Burns, A., Gauthier, S. and DeKosky, S. T. Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurol*, 2003;2:89-98.

Ong, C. T., Tsai, C. F., Wong, Y. S. and Chen, S. C. Epidemiology of brain abscess in Taiwan: A 14-year population-based cohort study. *PLoS One*, 2017;12:e0176705.

Onyike, C. U. Psychiatric Aspects of Dementia. *Continuum (Minneapolis, Minn)*, 2016;22:600-614.

Ortiz Gómez, T. Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis*, 1996;16:109-120.

Pardo Tomás, J. and Martínez Vidal, A. El tribunal del protomedicato y los médicos reales ( 1665-1724): entre la gracia real y la carrera profesional *Dynamis*, 1996;16:59-89.

Pardo Tomás, J. and Martínez Vidal, A. Las consultas y juntas de médicos como escenarios de controversia científica y práctica médica en la época de los novatores (1687-1725). *Dynamis*, 2002;22:303-325.

Parker, G., Fink, M., Shorter, E., Taylor, M. A., Akiskal, H., Berrios, G., Bolwig, T., Brown, W. A., Carroll, B., Healy, D., Klein, D. F., Koukopoulos, A., Michels, R., Paris, J., Rubin, R. T., Spitzer, R. and Swartz, C. Issues for DSM-5: whither melancholia? The case for its classification as a distinct mood disorder. *Am J Psychiatry*, 2010;167:745-747.

Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Boyce, P., Wilhelm, K., Brodaty, H., Mitchell, P., Hickie, I. and Eyers, K. Classifying depression by mental state signs. *Br J Psychiatry*, 1990;157:55-65.

## BIBLIOGRAFÍA

Pérez, J., Baldessarini, R. J., Cruz, N., Salvatore, P. and Vieta, E. Andres Piquer-Arrufat (1711-1772): contributions of an eighteenth-century spanish physician to the concept of manic-depressive illness. *Harv Rev Psychiatry*, 2011;19:68-77.

Peset, V. Andrés Piquer y la Psiquiatría de la ilustración. *Archivo iberoamericano de historia de la medicina y antropología médica*, 1957;9:433-439.

Piquer, A. Discurso sobre la enfermedad del Rey, nuestro señor Don Fernando VI ( que Dios lo guarde). En: M. Salva and P. Sainz de Baranda, eds. Colección de documentos inéditos para la historia de España. Madrid: Viuda de Calero, 1851.

Puoti, G., Bizzi, A., Forloni, G., Safar, J. G., Tagliavini, F. and Gambetti, P. Sporadic human prion diseases: molecular insights and diagnosis. *Lancet Neurol*, 2012;11:618-628.

Rabinowitz, J., Davidson, M., De Deyn, P. P., Katz, I., Brodaty, H. and Cohen-Mansfield, J. Factor analysis of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in three large samples of nursing home patients with dementia and behavioral disturbance. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005;13:991-998.

Reilly, T. J., Staff, R. T., Ahearn, T. S., Bentham, P., Wischik, C. M. and Murray, A. D. Regional cerebral blood flow and aberrant motor behaviour in Alzheimer's disease. *Behav Brain Res*, 2011;222:375-379.

Reuber, M., Monzoni, C., Sharrack, B. and Plug, L. Using interactional and linguistic analysis to distinguish between epileptic and psychogenic nonepileptic seizures: a prospective, blinded multirater study. *Epilepsy Behav*, 2009;16:139-144.

Rios Mazcarelle, M. *Vida privada de los Borbones*. Madrid: Ediciones Merino, 1993.

Rock, R. B., Olin, M., Baker, C. A., Molitor, T. W. and Peterson, P. K. Central nervous system tuberculosis: pathogenesis and clinical aspects. *Clin Microbiol Rev*, 2008;21:243-261.

Rodríguez Lafora, G. Un informe Psiquiátrico del siglo XVIII sobre el rey D. Fernando VI de España. *Archivos de neurobiología*, 1962;25:329-338.

Rodríguez Nozal, R. and González Bueno, A. Real academia Médica matritense y expediciones botánicas ilustradas. Una conexión fármaco-terapéutica. *Dynamis*, 1995;15:375-399.

Rodríguez y Gutiérrez de Ceballos, A. La piedad y el sentimiento de la muerte en el reinado de Fernando VI y Bárbara de Braganza. En: A. Bonet Correa and B. Blasco Esquivias, eds. *Un reinado*

## BIBLIOGRAFÍA

bajo el signo de la paz, Fernando VI y Bárbara de Braganza. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2002.

Rosen, H. J., Allison, S. C., Schauer, G. F., Gorno-Tempini, M. L., Weiner, M. W. and Miller, B. L. Neuroanatomical correlates of behavioural disorders in dementia. *Brain*, 2005;128:2612-2625.

Sadock, B. J., Sadock, V. A. and Ruiz, P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11th ed. Filadelfia: Wolters Kluwer, 2015.

Schmidt, C., Haik, S., Satoh, K., Rabano, A., Martinez-Martin, P., Roeber, S., Brandel, J. P., Calero-Lara, M., de Pedro-Cuesta, J., Laplanche, J. L., Hauw, J. J., Kretschmar, H. and Zerr, I. Rapidly progressive Alzheimer's disease: a multicenter update. *J Alzheimers Dis*, 2012;30:751-756.

Schulz, P. E. and Arora, G. Depression. *Continuum (Minneapolis)*, 2015;21:756-771.

Schwendimann, R. N. Metabolic and Toxic Myelopathies. *Continuum (Minneapolis)*, 2018;24:427-440.

SEN. Guía oficial de práctica clínica en epilepsia. Madrid: Luzán 5, 2012.

Soto, C. Unfolding the role of protein misfolding in neurodegenerative diseases. *Nat Rev Neurosci*, 2003;4:49-60.

Sughrue, M. E., Saloner, D., Rayz, V. L. and Lawton, M. T. Giant intracranial aneurysms: evolution of management in a contemporary surgical series. *Neurosurgery*, 2011;69:1261-1270; discussion 1270-1261.

Tang-Wai, D. F. and Freedman, M. Bedside Approach to the Mental Status Assessment. *Continuum (Minneapolis)*, 2018;24:672-703.

Tatum, W. O. t. Mesial temporal lobe epilepsy. *J Clin Neurophysiol*, 2012;29:356-365.

Temkin, O. The falling sickness. A history of epilepsy from the Greeks to the beginnings of modern neurology, 2nd ed. Baltimore: The Johns Hopkins press, 1971.

Temprano Ferreras, J. L., Breton Lesmes, I., de la Cuerda Compes, C., Cambor Alvarez, M., Zugasti Murillo, A. and Garcia Peris, P. Síndrome de realimentación. Revisión. *Rev Clin Esp*, 2005;205:79-86.



## BIBLIOGRAFÍA

Terrada, M. L. Medical pluralism in the Iberian kingdoms: the control of extra-academic practitioners in Valencia. *Med Hist Suppl*, 2009;7-25.

Thase, M. E. The multifactorial presentation of depression in acute care. *J Clin Psychiatry*, 2013;74 Suppl 2:3-8.

Tirapu-Ustárroz, J., Cordero-Andrés, P., Luna-Lario, P. and Hernáez-Goñi, P. Propuesta de un modelo de funciones ejecutivas basado en análisis factoriales. *RevNeurol*, 2017;64:75-84.

Tirapu-Ustárroz, J. and Luna-Lario, P. Neuropsicología de las funciones ejecutivas. Manual de neuropsicología. Barcelona: Viguera editores, 2008: 221-256.

Tobin, W. O. and Pittock, S. J. Autoimmune Neurology of the Central Nervous System. *Continuum (Minneap Minn)*, 2017;23:627-653.

Torrione, M. La sociedad de Corte y el ritual de la ópera. En: A. Bonet Correa and B. Blasco Esquivias, eds. *Un reinado bajo el signo de la paz, Fernando VI y Bárbara de Braganza*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2002.

Uher, R. and Treasure, J. Brain lesions and eating disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005;76:852-857.

Vallejo-Nágera, A. *Locos egregios*. Barcelona: Salvat, 1946.

Vallejo-Nágera, A. *Locos de la historia*. Madrid: La esfera de los libros, 2006.

Vidal Sales, J. A. *La vida y época de Felipe V*. Barcelona: Planeta, 1997.

Vieta, E. Defining the bipolar spectrum and treating bipolar II disorder. *J Clin Psychiatry*, 2008;69:e12.

Vieta, E., Salagre, E., Grande, I., Carvalho, A. F., Fernandes, B. S., Berk, M., Birmaher, B., Tohen, M. and Suppes, T. Early Intervention in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, 2018;175:411-426.

Vieta, E. and Barcia, D. *El trastorno bipolar en el siglo XVIII*. Barcelona: mra, 2000.

Villemagne, V. L., Burnham, S., Bourgeat, P., Brown, B., Ellis, K. A., Salvado, O., Szoek, C., Macaulay, S. L., Martins, R., Maruff, P., Ames, D., Rowe, C. C. and Masters, C. L. Amyloid beta deposition, neurodegeneration, and cognitive decline in sporadic Alzheimer's disease: a prospective cohort study. *Lancet Neurol*, 2013;12:357-367.

## BIBLIOGRAFÍA

Voltes, P. La vida y época de Fernando VI. Barcelona: Planeta, 1996.

Wasay, M., Farooq, S., Khowaja, Z. A., Bawa, Z. A., Ali, S. M., Awan, S., Beg, M. A. and Mehndiratta, M. M. Cerebral infarction and tuberculoma in central nervous system tuberculosis: frequency and prognostic implications. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2014;85:1260-1264.

Wolf, M. U., Goldberg, Y. and Freedman, M. Aggression and Agitation in Dementia. *Continuum (Minneap Minn)*, 2018;24:783-803.

Zumla, A., Raviglione, M., Hafner, R. and von Reyn, C. F. Tuberculosis. *N Engl J Med*, 2013;368:745-755.

## BIBLIOGRAFÍA

**ANEXOS**

---



## ANEXO 1: ARTÍCULO PUBLICADO.

HISTORIA Y HUMANIDADES

## La demencia del rey Fernando VI y el año sin rey

Santiago Fernández-Menéndez, José M. González-González, Víctor Álvarez-Antuña, Julio Bobes

Psiquiatría; Área Asistencial de Gijón (J.M. González-González). Servicio de Neurología; Hospital Universitario Central de Asturias (S. Fernández-Menéndez). Área de Historia de la Medicina (V. Álvarez-Antuña); Departamento de Psiquiatría, CIBERSAM (J. Bobes); Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España.

## Correspondencia:

Dr. Santiago Fernández-Menéndez. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. Avda. Roma, s/n. E-33011 Oviedo (Asturias).

## E-mail:

sfmenendez@gmail.com

## Agradecimientos:

A Olvido Benítez Hurlé, abuela paterna del primer firmante, por transmitir a su nieto en vida el interés por la historia, y en su enfermedad, por la neurología.

Aceptado tras revisión externa: 01.04.16.

## Cómo citar este artículo:

Fernández-Menéndez S, González-González JM, Álvarez-Antuña V, Bobes J. La demencia del rey Fernando VI y el año sin rey. Rev Neurol 2016; 62: 516-23.

© 2016 Revista de Neurología

**Introducción.** Fernando VI fue rey de España entre 1746 y 1759. Su último año de reinado se conoce como el año sin rey. Durante ese año, el monarca sufrió un rápido empeoramiento de sus condiciones mentales. La enfermedad generalmente ha sido atribuida a una condición psiquiátrica primaria, generalmente por un trastorno bipolar.

**Desarrollo.** Se realiza un estudio de investigación en los archivos documentales españoles y bibliotecas en busca de información clínica sobre la enfermedad de Fernando VI. Se realiza una evaluación y discusión clínica de la enfermedad del rey sobre la base de la información obtenida.

**Conclusiones.** El inicio del empeoramiento clínico del último año de Fernando VI empezó tras la muerte de su amada esposa. Los síntomas iniciales descritos pueden ser similares a los de un episodio depresivo mayor, sin embargo, el monarca sufrió un empeoramiento rápidamente progresivo con alteraciones de la personalidad, conductuales, encamamiento, pérdida de control de esfínteres y crisis epilépticas. Los últimos meses de su vida estuvo en un estado de postración con un estado cognitivo compatible con una demencia grave. Por todo ello, aunque es posible que Fernando VI pudiera padecer previamente algún tipo de trastorno psiquiátrico, la enfermedad que le llevó a su muerte precoz sería compatible con lo que hoy conocemos como una demencia rápidamente progresiva.

**Palabras clave.** Andrés Piquer. Demencia. Fernando VI. Historia de la medicina. Historia de la neurología. Trastorno bipolar.

## Introducción

Fernando VI fue el rey de España entre 1746 y 1759 tras suceder en el trono a su padre Felipe V (Figura). Durante su reinado, gobernó con la ayuda de ministros ilustrados que promovieron una serie de medidas reformistas. La política internacional estuvo marcada por la búsqueda de la neutralidad [1], y se impulsó el desarrollo económico y cultural de España [2-4].

Se casó con Bárbara de Braganza en 1729, con la que no tuvo descendencia. Aunque la reina no gozaba de belleza física, se trataba de una mujer con un alto nivel cultural que compenetró muy bien con su marido. Los reyes no gozaron de buena salud. Fernando VI tuvo varios periodos de inactividad con ánimo deprimido [4-6]. Bárbara de Braganza tenía una salud débil y falleció de un probable cáncer abdominal en agosto de 1758 [6,7].

El castillo de Villaviciosa de Odón fue testigo del último año de vida de Fernando VI. Allí se trasladó tras la muerte de la reina, y fue en ese lugar donde las personas que le acompañaban presenciaron el rápido declive conductual del monarca hasta su muerte en agosto de 1759, periodo que se conoce como 'el año sin rey'.

Los documentos existentes sobre la enfermedad de Fernando VI permiten aproximarnos desde la me-

dicina actual a la enfermedad que probablemente padeció. En otras revisiones anteriores, su enfermedad se ha enfocado como un proceso puramente psiquiátrico [6,8,9], aunque también se ha escrito que pudo haber tenido una enfermedad de Alzheimer [10].

En este artículo se realiza un análisis sobre la enfermedad de Fernando VI y una aproximación diagnóstica sobre su posible enfermedad.

## Fuentes documentales

Para realizar esta revisión se ha realizado un extenso trabajo de investigación documental. Se ha analizado un número muy elevado de fuentes primarias de información, más de 500 cartas, con jornadas de trabajo y posterior digitalización de legajos documentales del Archivo Histórico Nacional de Madrid y del Archivo General de Simancas en Valladolid. También se ha realizado un análisis de fuentes secundarias en diferentes ámbitos, del que destaca la colaboración con la Universidad de Oviedo.

Existen varias fuentes primarias de información de cuyo análisis se pueden extraer datos sobre la historia clínica del último año de vida de Fernando VI. De todas ellas, la más conocida y estudiada es lo escrito por el doctor Andrés Piquer y Arrufat. Andrés Piquer fue uno de los médicos más importan-

tes de España en el siglo XVIII [11]. Él, junto con otros médicos, atendió al rey durante su enfermedad a partir de finales de noviembre de 1758. El doctor escribió un manuscrito titulado *Discurso sobre la enfermedad del Rey nuestro señor Don Fernando VI (que Dios lo guarde)*. Dicho manuscrito quedó oculto en una biblioteca privada [12], hasta que se publicó en 1851 dentro de un libro recopilatorio de textos antiguos llamado *Colección de documentos inéditos para la historia de España* [5]. En ese manuscrito, Andrés Piquer no sólo describió magistralmente la sintomatología del monarca, sino que, además, realizó una completa discusión clínica, etiológica y terapéutica de la enfermedad, aunque dentro de su concepción aún muy galénica de la medicina de la época.

Existen otros testigos directos que escribieron con más o menos detalle sobre la evolución clínica del rey. De ellos es importante mencionar a su hermanastro, el infante Luis de Borbón, que mantuvo una importante correspondencia con su madre durante gran parte de la enfermedad de su hermanastro. También hay que destacar la correspondencia existente con el ministro Ricardo Wall, que se convirtió en una de las figuras claves en la supervivencia del aparato gubernativo [6,10].

### Historia clínica de un año sin rey

El 27 de agosto de 1758 murió en Aranjuez la reina Bárbara de Braganza. Fernando VI había acompañado a su esposa durante su enfermedad y había empezado a mostrar sintomatología depresiva. El mismo día que falleció la reina, la comitiva real partió hacia el castillo de Villaviciosa de Odón [10].

Durante los días siguientes, no hay referencias que indiquen alteraciones conductuales o cognitivas de importancia. Se menciona que Fernando VI estaba contento y salía a cazar. Fue durante los primeros días de septiembre cuando el rey empezó a mostrarse agitado, agresivo, y todo ello acompañado de un ánimo deprimido con ideas irracionales de su propia muerte. Tal como Andrés Piquer refiere: *'Padeecía unos temores sumos, creyendo que cada momento se moría, ya porque se sentía ahogar, ya porque le destrozaban interiormente, ya porque le iba a dar un accidente [...] se repetían uniformemente por horas enteras, y a veces por todo el día y parte de la noche sin cesar, cansándose S.M. a sí mismo y sirviendo de tristeza a todos el verle en ese estado [...] En ellos comenzaba poco a poco a alterarse la fantasía y lo demás que lo acompañaba'* [5].

**Figura.** *La familia de Felipe V*, pintado por Van Loo en 1743, actualmente en el Museo del Prado. Fernando VI aparece de pie el tercero por la izquierda entre su mujer y su padre. Los antecedentes familiares de posibles trastornos psiquiátricos en su familia, concretamente de Felipe V, son importantes.



Muy pronto empezaron a aparecer otros trastornos de la conducta, que fueron reflejados en las fuentes documentales: apatía, alteración de los horarios del sueño, inapetencia por la comida, negligencia de la higiene personal y un alarmante abandono de su conducta religiosa.

Asimismo, empezaron a aparecer conductas motoras estereotipada junto con comportamientos inadecuados, repetitivos y jocosos: saltar, correr o bailar en ropa interior, caminar por su cuarto sin sentido, encerrarse en su cuarto, jugar con la comida, reirse de sus asistentes, no querer dormir sobre su cama, pero hacerlo sobre una camilla que él hace con dos sillas y un taburete; además de tener una conducta motora durante el sueño.

También es muy importante destacar la agitación y la agresividad, el rey tenía impulsos de pegar y morder a todo el mundo a la mínima que se interaccionara con él. Sus asistentes eran constantemente agredidos y tenían miedo de su propia integridad física. Sobre esto, Andrés Piquer refiere: *'Se enfurecía con vehemencia, airándose hasta el punto de ejecutar cosas muy impropias a su bondad y a su carácter. Junto con esto, tenía aversión a las gentes: no podía tolerar que nadie durmiese, comiese o descansase [...] y en conclusión el ánimo y las acciones que a él pertenecían, estaban del todo distantes del estado natural'* [5].

Valga como ejemplo de todo lo anterior una escena de las tantas que describió el infante Luis a su madre: *'se echó sobre la cama boca a bajo haciéndose el*

muerto y el médico le dejó un rato. Después se orinó y le quiso hacer creer que le había dado algo, el médico dijo que no era así, pues no había mudado de color, ni en el pulso había alteración ni novedad ninguna. Entonces de golpe saltó de la cama envuelto en una de las sábanas haciendo como un fantasma. Sus asistentes corrieron con la bata para que se la pusiese y no se resfriase y entonces de rabia los zurró' [13].

Al menos en los primeros dos meses, pese a la notoriedad de los síntomas conductuales, no hay datos suficientes para pensar en una alteración de otras funciones superiores: no había pérdida de la memoria episódica y tampoco alteración del lenguaje. Es posible que hubiera existido una alteración de las funciones ejecutivas desde muy pronto, ya que existió una ausencia de realización de conductas complejas de manera precoz: no volvió a salir a cazar, solo jugó hasta mediados de septiembre a las cartas con su hermanastro, firmó por última vez un documento a finales de septiembre y despachó por última vez con el ministro Wall en octubre. Además, el rey tomó decisiones inesperadas de manera brusca y sin consultar a nadie, como despedir a Farinelli, a la ópera, o prescindir del confesor real.

Para finales del año 1758, la situación clínica del rey debió de ser muy mala; aparte de los graves síntomas conductuales ya mencionados, el monarca tenía una delgadez extrema y con la higiene muy abandonada. Desde finales de noviembre, en las fuentes ya se menciona que los médicos creían que el proceso era irreversible y que el rey iba a acabar falleciendo. El delicado equilibrio de intereses políticos en juego obligó a su círculo más cercano a actuar. Fernando VI testó el 10 de diciembre de 1758. El rey ni lo dictó, ni lo firmó; su contribución solamente fue decir que estaba de acuerdo cuando le enseñaron las cláusulas que fueron dictadas por el conde de Valparaíso. Por las fuentes de información, es muy dudoso que el monarca prestara atención a un documento de semejante relevancia.

Los pensamientos sobre la muerte estuvieron presentes por lo menos hasta la primavera. Parece que el rey tuvo en enero y febrero de 1759 varios intentos de suicidio. Sin embargo, la impresión obtenida de las fuentes es que dichos intentos estaban en el contexto de episodios de agitación psicomotriz. En otras palabras, no se trataban de intentos autolíticos planificados y causados por un trastorno depresivo, tal como se describe, por ejemplo, en uno de ellos: *'ha estado sumamente furioso. A las doce, poco más o menos, se quiso ahorcar con las cintas que tenía en la camisa, después ha querido morder a todo el mundo, pero nadie se le avenía sino a lo que es preciso, porque a todos los tiene es-*

*carmentados, mordía las sábanas y las hacía pedazos... está asqueroso, tiene las manos untadas en porquería y no se las quiere dejar limpiar; y a todos los que se le arriman los pringa'* [14].

De las fuentes se puede concluir que desde enero-febrero de 1759 el monarca estaba ya prácticamente encamado con algún episodio puntual en el cual se levantaba, sobre todo cuando estaba más agitado. Fue por esas fechas cuando el rey empezó a no controlar sus esfínteres. Fernando VI se orinaba y defecaba encima, todo ello agravado por su resistencia a ser limpiado y una mentalidad absolutista de sus asistentes, por la que era difícil actuar en contra del rey por muy demente que estuviera. El futuro Carlos III tuvo que autorizar a sus asistentes a que usaran una *'violencia respetuosa'* para poder reducir al enfermo a la hora de asearle. La situación en la higiene debió de ser lamentable a raíz de las descripciones obtenidas.

Fue también en esos primeros meses del año cuando se empezó a describir la aparición de un nuevo síntoma, sobre el que Andrés Piquer escribe: *'Las convulsiones las ha padecido el rey varias veces en el curso de esta enfermedad: y me atrevo a asegurar que raro es el día que según más o menos vehemencia no se las haya observado [...] En el movimiento convulsivo, el miembro se encoge, retirándose violentamente hacia su origen, y las alternativas vienen de la voluntad que intentan mover a su albedrío la parte [...] Algunas veces se le notaban movimientos convulsivos de brazos y piernas, y todo el cuerpo ya sin privación de sentidos, ya también con alguna más que suspensión de ellos, aunque pasajera y transitoria [...] tenía algunas veces convulsiones, ya de las partes de la cara, con transitorias suspensiones de los sentidos, ya de los brazos y piernas que daban subsultus, esto es, saltos repetidos con violencia'* [5].

También en las otras fuentes se recoge el mismo fenómeno en múltiples ocasiones, que el infante Luis englobaba dentro de lo que él llamaba congojas o vapores: *'anoche tuvo otro vapor y esta mañana otro y después esta tarde tuvo cuatro que uno fue congoja y bastante fuerte, pues Amar, que era el médico que estaba allí, me ha dicho que llegó a privarse y llamó al sumiller y al cura y a todos los otros médicos, y dice que durante esta congoja o vapor o especie de accidente le notó mucho movimiento en el brazo izquierdo y que la boca no estaba natural, y que después que volvió le quedó un rato toda la lengua bastante trabada'* [15].

Aunque es a partir de enero cuando las fuentes describen de manera más clara la aparición de convulsiones, el infante Luis menciona un extraño episodio al inicio de la enfermedad que tiene caracte-



risticas epilépticas: *'dice que lo siente venir, que le empieza a subir desde el vientre y llega a la cabeza, y que allí siente bullir una cosa que parece que se le va a fijar y que se ha de morir dándole un accidente o que se ha de volver loco. Cuando le da este vapor tiembla todo él y la cabeza le queda temblando por un rato y muda de color'* [16].

De las descripciones se puede concluir que el monarca probablemente tenía crisis epilépticas focales que pudieron ser simples o complejas y a veces eran secundariamente generalizadas. También hay que considerar como posibilidad que algunos de los fenómenos que se describen como convulsiones de las extremidades con saltos repetidos con violencia se tratasen de mioclonías no epilépticas. Otra posibilidad es que las convulsiones pudieran haber sido pseudocrisis y en el contexto del cuadro clínico conductual del rey, tal como sugieren algunos autores [9]. La descripción de un estado poscrítico y cambios en el color de la piel hace dudar de dicha posibilidad.

A partir de febrero de 1759, la situación clínica siguió empeorando de manera rápidamente progresiva, tal como refiere Andrés Piquer: *'la descompostura de la mente siempre ha ido siempre a más... [su conducta agresiva] iba mezclada con alternativas de miedo, de inquietudes, de sosiego, de alborotos, de gritos, decadencia, inacción y otras cosas a este modo'* [5].

Parece que a partir de la primavera y, sobre todo, a partir de junio de 1759 la demencia que presentaba era ya grave, con un empobrecimiento del lenguaje, un discurso desordenado, desorientado y poca capacidad de juicio, como se refleja en lo escrito por Andrés Piquer: *'las ideas de la mente ya no tenían objeto fijo, antes más bien eran vagas, desordenadas e inconexas, de modo que por horas enteras hablaba sin que ninguno de los asistentes pudiese atar un discurso, y a veces ni una preposición bien formada; y no solo erraba ya en los juicios, sino también alguna vez en las operaciones de sentido común, o equivocando los sujetos, o el lugar de su habitación u otras cosas de las que tenía presentes'* [5].

En las últimas semanas de vida, la agitación del rey fue desapareciendo: *'Desde entonces empezaron a aplacarse los gritos, se disminuyeron los deseos de apuntamientos, faltó el apetito a la comida, dominó el deseo de beber, y en todas las cosas se observaba una especie de inacción que podía llamarse indolencia. A principios de agosto empezó a tener oscura la locución, de modo que hablaba torpe y sin claridad'* [5].

Según Andrés Piquer, la clínica del monarca empeoró de manera brusca el 6 de agosto a las 21:15

horas: *'hizo un ruido como de movimiento impetuoso, y habiendo acercado la luz se halló a S.M. con una perfecta alferecía. Quedo después de ella sin habla, pero no sin sonido. No volvió perfectamente en sí, pues se mantuvo muy azorrido toda aquella noche y la mañana del día siguiente'* [5].

De hecho, el médico describió al menos cinco nuevos episodios de empeoramiento neurológico brusco en los tres días siguientes, en los que Fernando VI nunca más recuperó la conciencia. Posteriormente, el monarca desarrolló una disnea grave acompañada de fiebre. Fernando VI falleció el 10 de agosto de 1759 a las 04:15 horas. Tenía 46 años.

### Comorbilidades asociadas

Es de suma importancia describir los otros problemas médicos más allá de los que se pueden considerar puramente neurológicos.

### Malnutrición

Ya desde muy pronto, el rey desarrolló una alteración de la conducta alimentaria, que le llevó a alimentarse esporádicamente y a base de una dieta de caldo de carne. Aunque existieron mejorías temporales en su alimentación, la constante fue una dieta muy escasa y con poca variedad. La repercusión sobre su estado nutricional fue temprana y progresiva. A los pocos meses se menciona que se le podían contar las costillas; y es ya a partir de la primavera cuando la situación pasó a ser tan grave como que, para describir y referirse al rey, se mencionen cosas como: cadáver, hueso y pellejo o caquexia con extenuación. Su mala situación nutricional seguramente pueda explicar otros síntomas que aparecieron a partir de la primavera, como la caída del pelo y la barba, y la aparición de edemas generalizados. La desnutrición seguramente desempeñó un papel importante en la salud de Fernando VI en los últimos meses de su vida, y es posible que le haya llevado a una muerte anticipada [17]; sin embargo, no se puede decir que su mala situación nutricional haya llevado a estados deficitarios de manera precoz.

### Estreñimiento y problemas abdominales

El estreñimiento crónico fue un problema durante toda la enfermedad; se registraron largos períodos sin deposiciones, incluso uno de 36 días. La escasez de toma de alimentos, la poca movilidad y el consumo de opio explicarían el estreñimiento [18].

**Tabla I.** Principales síntomas conductuales de Fernando VI.

Irritabilidad
Agresividad
Jocosidad
Impulsividad
Pérdida de actividades de ocio
Alteración de la conducta alimentaria
Alteración de las horas y horarios de sueño
Conductas aberrantes, inapropiadas y repetitivas
Pérdida de la conducta religiosa
Pérdida del autocuidado e higiene

### Problemas respiratorios

Desde finales de abril de 1759 (ya en correlación con un estado de caquexia), el rey comenzó con problemas respiratorios: respiración laboriosa, sensación de opresión torácica y disnea para pequeños esfuerzos. En julio se describió la aparición de sangre en los esputos.

### Fiebre

No se menciona la presencia de fiebre durante los primeros meses de la enfermedad, aunque más adelante presentó varios episodios de fiebres que acabaron en la última etapa de su enfermedad por ser más constantes. Desde que apareció la fiebre existió una correlación clara entre los episodios de mayor agitación y su presencia, que dio lugar a una variabilidad que se puede explicar en el contexto clínico de cuadros confusionales.

### Otros

Priapismo, inflamación de una pierna, úlceras y llagas por el encamamiento.

### Tratamientos

A Fernando VI se le aplicó la terapéutica habitual de su época: sangrías, aguas medicinales, triaca magna, chocolate, leche de burra, quina, prepara-

dos de flor de violetas, hierba mercurial, caldos medicinales, gelatina de cuervo de cuervo y otros medicamentos compuestos [5,19], además del probable consumo de opio [6]. Dicho régimen terapéutico poco efecto beneficioso pudo haber tenido sobre la salud del rey, más allá de las cualidades nutricionales o efecto laxante de alguno de los tratamientos. De todas formas, parece que el rey no fue un buen cumplidor terapéutico [5].

### Discusión

Según Andrés Piquer, la enfermedad del rey fue un *'afecto melancólico-maniático'*, y señala que *'el fomento de esta dolencia residía en el cerebro y todo el sistema nervioso'*, algo que se demuestra *'por la perpetuidad y continuación de la lesión de la mente, la cual de cada día ha sido mayor y sin interpolaciones, y esto no puede suceder sin que haya en el cerebro un daño fijo y permanente'* [5].

Analizando las características y evolución clínica de Fernando VI (Tablas I y II), se plantea un origen psiquiátrico o bien neurológico como causa esencial de la enfermedad. La versión más aceptada hasta ahora es que hay que considerar como posibilidad un origen psiquiátrico de la enfermedad de Fernando VI. Si seguimos dicha hipótesis, lo que empezó probablemente como un trastorno de adaptación con sintomatología depresiva reactivo a la enfermedad de su esposa, iría más allá de las características propias de un duelo tras su fallecimiento. Encontramos ánimo deprimido, pérdida de interés por las actividades que realizaba previamente (caza, juegos de cartas, oficios religiosos), disminución del apetito, alteración del sueño, abandono del autocuidado, pensamientos de muerte recurrentes e intentos de suicidio. Toda esta sintomatología apoya la hipótesis de un trastorno depresivo mayor [20]. El cuadro se agrava con la aparición de lo que parecen síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y que consisten principalmente en ideas irracionales de muerte y enfermedad, perseverantes y con gran repercusión emocional y conductual.

Por otra parte, aparece también un estado de ánimo elevado, aumento anormal de la actividad, irritabilidad y episodios de heteroagresividad que concuerdan con un episodio de manía o hipomanía [20]. Aun así, un episodio depresivo mayor puede acompañarse de estos síntomas en menor número o en menor duración que los requeridos para el diagnóstico de manía o hipomanía, o incluir características psicóticas no congruentes con el ánimo deprimido.

Está bien documentado que su padre Felipe V tuvo episodios de ánimo deprimido que alternaba con otros de mayor actividad [21], lo que apoya el antecedente familiar de un trastorno bipolar.

Como conclusión, dentro de una teoría puramente psiquiátrica, la explicación ofrecida por Andrés Piquer de afecto melancólico-maniático, que correspondería a lo que entendemos hoy como trastorno bipolar, es defendida en algunas publicaciones [6,22], aunque no se puede descartar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Dentro de una teoría puramente psiquiátrica, la aparición de otros síntomas, como las crisis epilépticas o la progresión rápida hacia un estado de encamamiento y demencia grave, tendrían que explicarse por otros motivos. Es importante recordar su mal estado nutricional, y posibles trastornos deficiarios, endocrinos, metabólicos y finalmente infecciosos [23-27].

No obstante, la sintomatología afectiva, conductual y cognitiva apareció al principio, cuando su estado nutricional debía de ser bueno, y no se mencionan otros problemas de salud. Otro dato a tener en consideración es que se puede interpretar que la mayoría de las convulsiones podía tener un origen epiléptico focal, lo cual orienta a un posible daño cerebral estructural. Además, como se ha mencionado, los intentos de suicidio parecen estar más en relación con episodios de agitación psicomotriz que deberse a un trastorno afectivo.

Un posible trastorno orgánico y de base neurológica explicaría bien todo el cuadro clínico descrito. Sin embargo, esta hipótesis tiene un claro punto débil. Podría describirse como llamativa la ocurrencia a la vez de un evento personal trágico y la aparición de una enfermedad neurológica que se camufla con el inicio de un duelo. No obstante, la agonía y muerte de Bárbara de Braganza pudo haber desempeñado un factor de confusión a la hora de explicar el inicio de los síntomas [28].

Se ha escrito que pudo haber padecido una enfermedad de Alzheimer [10]; sin embargo, la edad del paciente, la rápida progresión clínica, la ausencia inicial de déficits de la memoria episódica y la gravedad precoz de los síntomas conductuales hacen que esa hipótesis esté poco fundamentada, con muchos puntos débiles, y sea, por lo tanto, muy improbable [29-31]. La evolución clínica de Fernando VI encajaría dentro de lo que hoy clasificaríamos sindrónicamente como demencia rápidamente progresiva [32,33]. Existen varias causas que explicarían una demencia rápidamente progresiva, de las cuales destacan por su frecuencia en la actualidad las enfermedades priónicas, seguidas de las enfer-

**Tabla II.** Evolución clínica de Fernando VI durante el año sin rey.

Situación previa	Episodios depresivos previos
Agosto de 1758	Sintomatología depresiva
Septiembre-diciembre de 1758	Alteraciones conductuales
	Ideas de muerte
	Pensamientos psicóticos e irracionales
Enero-junio de 1759	Pérdida de función como gobernante
	Encamamiento progresivo
	Conducta motora durante el sueño
Julio-agosto de 1759	Incontinencia urinaria y fecal
	Crisis epilépticas focales ¿mioclonías?
	Demencia grave
	Muerte

medades neurodegenerativas y las encefalitis autoinmunes [32,34]; sin embargo, habría que considerar la posibilidad de un origen infeccioso, al estar hablando de un suceso ocurrido en el siglo XVIII.

Intentar diagnosticar con certeza la causa de una posible demencia rápidamente progresiva que pudo haber tenido Fernando VI sería muy osado. Incluso hoy día, con todas las baterías de pruebas diagnósticas disponibles, una demencia rápidamente progresiva supone un reto diagnóstico [32,33,35-39].

Llama la atención el empeoramiento neurológico ictal que tuvo el rey el 6 de agosto de 1759, sobre el que se puede considerar un origen epiléptico. Los últimos días de su vida probablemente desarrolló una neumonía secundaria al empeoramiento neurológico que sufrió.

## Conclusión

Puede ser que Fernando VI haya padecido un trastorno psiquiátrico de base, bien un trastorno bipolar, bien un episodio depresivo mayor. Lo que parece claro es que el empeoramiento grave de su clínica, con la decadencia funcional que eso acarreó, se tiene que explicar por otras causas. Una etiología orgánica que haya causado una demencia rápidamente progresiva cuyos síntomas hayan pasado desapercibidos al coincidir con la agonía y muerte de la

reina explicaría mejor todo el proceso clínico. Lo que parece más claro es que su mal estado nutricional y complicaciones infecciosas desempeñaron un papel crucial para su muerte precoz.

#### Bibliografía

- Gómez-Urdáñez JL. La neutralidad fernandina. Fernando VI y la España discreta. El rey. Madrid: Punto de Vista Editores; 2013. URL: <http://puntodevistaeditores.com/tienda/fernando-vi-el-rey>. [12.12.2015].
- Gómez-Urdáñez JL. Introducción. Fernando VI y la España discreta. El rey. Madrid: Punto de Vista Editores; 2013. URL: <http://puntodevistaeditores.com/tienda/fernando-vi-el-rey>. [12.12.2015].
- Voltes P. El desarrollo económico del país. In Voltes P. La vida y la época de Fernando VI. Barcelona: Planeta; 1996. p. 131-43.
- Gómez-Urdáñez JL. La plenitud de la monarquía española. Fernando VI y la España discreta. El rey. Madrid: Punto de Vista Editores; 2013. URL: <http://puntodevistaeditores.com/tienda/fernando-vi-el-rey>. [12.12.2015].
- Piquer A. Discurso sobre la enfermedad del Rey nuestro señor Don Fernando VI (que Dios lo guarde). Colección de documentos inéditos para la historia de España: Viuda de Calero; 1851.
- Gómez-Urdáñez JL. Muerte en palacio. Fernando VI y la España discreta. El rey. Madrid: Punto de Vista Editores; 2013. URL: <http://puntodevistaeditores.com/tienda/fernando-vi-el-rey>. [12.12.2015].
- Voltes P. Gloria y dolor de Doña Bárbara. In Voltes P. La vida y la época de Fernando VI. Barcelona: Planeta; 1996. p. 213-23.
- Rodríguez-Iafora G. Un informe psiquiátrico del siglo XVIII sobre el rey D. Fernando VI de España. Archivos de Neurobiología 1962; 23: 329-38.
- Vieta E, Barcia D. El trastorno bipolar en el siglo XVIII, notas del Dr Andrés Piquer sobre la enfermedad de Fernando VI. Barcelona: MRA Ediciones; 2000.
- Voltes P. Fernando VI, enfermo de Alzheimer. In Voltes P. La vida y la época de Fernando VI. Barcelona: Planeta; 1996. p. 225.
- Angel y Espinos J. Andres Piquer and the neo-hippocratic teaching of medicine in eighteenth century Spain. Stud Anc Med 2010; 35: 461-74.
- Perez J, Baldessarini RJ, Cruz N, Salvatore P, Vieta E. Andres Piquer-Arrufat (1711-1772): contributions of an eighteenth-century Spanish physician to the concept of manic-depressive illness. Harv Rev Psychiatry 2011; 19: 68-77.
- Carta del 29 de octubre de 1758 del infante Luis de Borbón a su madre Isabel de Farnesio. Archivo Histórico Nacional, Estado legajo 2593, Documento 80.
- Carta del 6 de febrero de 1759 del infante Luis de Borbón a su madre Isabel de Farnesio. Archivo Histórico Nacional, Estado legajo 2593, Documento 180.
- Carta del 31 de enero de 1759 del infante Luis de Borbón a su madre Isabel de Farnesio. Archivo Histórico Nacional, Estado legajo 2593, Documento 172.
- Carta del 19 de septiembre de 1758 del infante Luis de Borbón a su madre Isabel de Farnesio. Archivo Histórico Nacional, Estado legajo 2593, Documento 54.
- Avelino-Silva TJ, Farfel JM, Curiati JA, Amaral JR, Campora F, Jacob-Filho W. Comprehensive geriatric assessment predicts mortality and adverse outcomes in hospitalized older adults. BMC Geriatr 2014; 14: 129.
- Wald A. Constipation: pathophysiology and management. Curr Opin Gastroenterol 2015; 31: 45-9.
- Basante-Pol R. Un rey de temperamento melancólico. La demencia de un rey: Fernando VI (1746-1759). Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia; 2010. URL: <http://www.analesranf.com/index.php/lectur/article/view/999>. [12.12.2015].
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Arlington, VA: APA; 2013.
- Vallejo-Nájera A. Luisa Isabel de Orleans (1709-1742) y la saga de los locos. In Vallejo-Nájera A. Locos de la historia. Madrid: La Esfera de los Libros; 2006. p. 315-452.
- Basante-Pol R. El castillo de Villaviciosa, testigo de la demencia de Fernando VI. La demencia de un rey: Fernando VI (1746-1759). Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia; 2010. URL: <http://www.analesranf.com/index.php/lectur/article/view/999>. [12.12.2015].
- Krishnan V, Leung LY, Caplan LR. A neurologist's approach to delirium: diagnosis and management of toxic metabolic encephalopathies. Eur J Intern Med 2014; 25: 112-6.
- Angel MJ, Young GB. Metabolic encephalopathies. Neurol Clin 2011; 29: 837-82.
- Muangpaisan W, Petcharat C, Srinonprasert V. Prevalence of potentially reversible conditions in dementia and mild cognitive impairment in a geriatric clinic. Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 59-64.
- Monzón-Monguilod MJ, Pérez López-Fraile I. Subclinical hypothyroidism as a cause of reversible cognitive deterioration. Neurologia 1996; 11: 353-6.
- Davis JD, Stern RA, Flashman LA. Cognitive and neuropsychiatric aspects of subclinical hypothyroidism: significance in the elderly. Curr Psychiatry Rep 2003; 5: 384-90.
- Jones BN, Reifler BV. Depression coexisting with dementia. Evaluation and treatment. Med Clin North Am 1994; 78: 823-40.
- Helzner EP, Scarmeas N, Cosentino S, Tang MX, Schupf N, Stern Y. Survival in Alzheimer disease: a multiethnic, population-based study of incident cases. Neurology 2008; 71: 1489-95.
- Traykov L, Rigaud AS, Cesaro P, Bollor F. Neuropsychological impairment in the early Alzheimer's disease. Encephale 2007; 33: 310-6.
- Sosa-Ortiz AL, Acosta-Castillo I, Prince MJ. Epidemiology of dementias and Alzheimer's disease. Arch Med Res 2012; 43: 600-8.
- Geschwind MD, Shu H, Haman A, Sejvar JJ, Miller BL. Rapidly progressive dementia. Ann Neurol 2008; 64: 97-108.
- Rosenbloom MH, Atri A. The evaluation of rapidly progressive dementia. Neurologist 2011; 17: 67-74.
- Fernández-Matarrubia M, Matias-Guix JA, Moreno-Ramos T, Matias-Guix J. Behavioural variant frontotemporal dementia: clinical and therapeutic approaches. Neurologia 2014; 29: 464-72.
- Van Everbroeck B, Dobbelaire I, De Waele M, De Deyn P, Martin JJ, Cras P. Differential diagnosis of 201 possible Creutzfeldt-Jakob disease patients. J Neurol 2004; 251: 298-304.
- Paterson RW, Takada LT, Geschwind MD. Diagnosis and treatment of rapidly progressive dementias. Neurol Clin Pract 2012; 2: 187-200.
- Fernández-Vega I, Ruiz-Ojeda J, Juste RA, Geijo M, Zarranz JJ, Sánchez-Menoyo JL, et al. Coexistence of mixed phenotype Creutzfeldt-Jakob disease, Lewy body disease and argyrophilic grain disease plus histological features of possible Alzheimer's disease: a multi-protein disorder in an autopsy case. Neuropathology 2015; 35: 56-63.
- Canneti B, Mosqueira AJ, Nombela F, Guerrero-Márquez C, Vivancos J. Demencia rápidamente progresiva con criterios de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob: un caso de linfoma intravascular cerebral. Rev Neurol 2014; 58: 478-9.
- Arias M, Pereiro-Zabala I, Requena-Caballero I, Sesar-Ignacio A, Arias-Rivas S, Villamayor-Blanco B. Demencia rápidamente progresiva como presentación de macroglobulinemia de Waldenström: hallazgos de la resonancia magnética cerebral en el síndrome de Bing-Neel. Rev Neurol 2004; 38: 640-2.

## The dementia of King Ferdinand VI and the year with no king

**Introduction.** Ferdinand VI was king of Spain from 1746 until 1759. His last year of reign is known as the year without a king. Over this year the king suffered a rapidly progressive deterioration of his mental health status. The clinical condition has been always attributed to a pure psychiatric disorder, generally a bipolar disorder.

**Development.** We review the sources of information in the Spanish archives and libraries, in order to find clinical information about the illness suffered by the king. We made a clinical evaluation and discussion about the disease of the king according to the information that has been obtained and the different diseases that could have caused the illness.

**Conclusions.** Last year clinical deterioration of Ferdinand VI started with the death of his lovely wife. At first, the symptoms were similar to the symptoms of a mayor depressive disorder. Although the king had a rapidly progressive deterioration with severe changes in behavior and conduct, long stay in bed, loss of sphincters control and seizures. During the last months of his life, the king fell into a state of prostration with a marked cognitive impairment. Although it is possible that Ferdinand VI could have had a previous psychiatric disorder, there is enough information to think about a rapidly progressive dementia as the main cause of his clinical worsening and dead.

**Key words.** Andrés Piquer. Bipolar disorder. Dementia. Ferdinand VI. History of medicine. History of neurology.

# ANEXOS

## ANEXO 2: COMUNICACIONES EN CONGRESOS I.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

Nº Certificado: 150606

La Secretaria de la Sociedad Española de Neurología, la Dra. Rocío García-Ramos García, **CERTIFICA** que el siguiente póster ha sido presentado durante la LXVII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología que tuvo lugar del 17 al 21 de Noviembre de 2015 en Valencia.

**Título:** La demencia de Fernando VI, mas allá de Andrés piquer

**Autores:** Fernández Menéndez, Santiago<sup>1</sup>; Pérez Álvarez, Ángel Ignacio<sup>1</sup>; García-Cabo Fernández, Carmen<sup>1</sup>; Martínez Rodríguez, Laura<sup>1</sup>; Suárez Santos, Patricia<sup>1</sup>; García Rúa, Aida<sup>1</sup>; González Nafria, Noelia<sup>2</sup>; Lara Lezama, Lidia Binela<sup>3</sup>; Bobes García, Julio<sup>4</sup>

**Centro de trabajo:** <sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Servicio de Neurología. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>4</sup>Departamento de Psiquiatría. Universidad de Oviedo-CIBERSAM.

Lo que firmo a petición de los interesados y a los efectos oportunos, en Valencia a 23 de Noviembre de 2015.

Rocío García-Ramos García  
Secretaria de la Junta Directiva de la  
Sociedad Española de Neurología

Via Laietana, 23, Entlo. A-D  
08003 Barcelona  
Tel. 933426233 Fax 934125654  
e-mail: secre@sen.org.es web: www.sen.es

C/ Fuerteventura, 4 Planta Baja Of. 4  
28703-San Sebastián de los Reyes. Madrid  
Tel. 91 3148453 Fax 91 3148454  
e-mail: relinst@sen.org.es web: www.sen.es

# ANEXOS

## ANEXO 3: COMUNICACIONES EN CONGRESOS II.



Nº Certificado: 150752

La Secretaria de la Sociedad Española de Neurología, la Dra. Rocío García-Ramos García, **CERTIFICA** que el siguiente póster ha sido presentado durante la LXVII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología que tuvo lugar del 17 al 21 de Noviembre de 2015 en Valencia.

**Título:** La demencia de Fernando VI, la importancia de las comorbilidades asociadas

**Autores:** Fernández Menéndez, Santiago<sup>1</sup>; García-Cabo Fernández, Carmen<sup>1</sup>; Pérez Álvarez, Ángel Ignacio<sup>1</sup>; Martínez Rodríguez, Laura<sup>1</sup>; Suárez Santos, Patricia<sup>1</sup>; García Rúa, Aida<sup>1</sup>; González Nafria, Noelia<sup>2</sup>; Lara Lezama, Lidia Binela<sup>3</sup>; Bobes García, Julio<sup>4</sup>

**Centro de trabajo:** <sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Servicio de Neurología. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>4</sup>Departamento de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Lo que firmo a petición de los interesados y a los efectos oportunos, en Valencia a 23 de Noviembre de 2015.

Rocío García-Ramos García  
Secretaria de la Junta Directiva de la  
Sociedad Española de Neurología

Via Laietana, 23, Entlo. A-D  
08003 Barcelona  
Tel. 933426233 Fax 934125654  
e-mail: secre@sen.org.es web: www.sen.es

C/ Fuerteventura, 4 Planta Baja Of. 4  
28703-San Sebastián de los Reyes. Madrid  
Tel. 91 3148453 Fax 91 3148454  
e-mail: relinst@sen.org.es web: www.sen.es

# ANEXOS

## ANEXO 4: ACTIVIDADES DE FORMACIÓN TRANSVERSAL I,



Universidad de  
Oviedo

### LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

---

#### CERTIFICA

---

Que

**SANTIAGO FERNANDEZ MENEDEZ**

con Documento Identificativo nº **71661228J**

ha asistido al curso

**LA COMUNICACIÓN ORAL**

desarrollado por esta Universidad dentro del **Programa de Formación Transversal de Doctorado del Centro Internacional de Postgrado** celebrado en las fechas siguientes

<b>Fechas de impartición</b>	6, 10, 20 y 24 de Junio de 2016
<b>Horas lectivas</b>	20

Y para que conste, a los efectos oportunos, expide el presente Certificado en Oviedo a  
8 de julio de 2016

Código de Verificación Electrónica: <b>7d5ca943-72f3-4407-a2b2-a2a6a62b89d1</b> Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección <a href="http://sede.uniovi.es/validador/codigoverificacion">http://sede.uniovi.es/validador/codigoverificacion</a>		
Firmante	Universidad de Oviedo	
Fecha y hora de la firma	08/07/2016 10:16:31 GMT+0200	
Emisor del certificado firmante	CN=AC Administración Pública, O=FNMT-RCM, SERIALNUMBER=Q2826004J, C=ES, OU=CERES	



# ANEXOS

## ANEXO 5: ACTIVIDADES DE FORMACIÓN TRANSVERSAL II.



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
University of Oviedo

### LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

---

#### CERTIFICA

---

Que

**SANTIAGO FERNANDEZ MENENDEZ**

con Documento Identificativo nº **71661228J**

ha asistido al curso

**EDICIÓN DIGITAL ACADÉMICA DE FUENTES DOCUMENTALES PARA LOS ESTUDIOS  
HISTÓRICOS**

desarrollado por esta Universidad dentro del **Programa de Formación Transversal de Doctorado del Centro Internacional de Postgrado** celebrado en las fechas siguientes

<b>Fechas de impartición</b>	10, 11, 17 y 18 de marzo de 2017
<b>Horas lectivas</b>	20

Y para que conste, a los efectos oportunos, expide el presente Certificado en Oviedo a  
19 de abril de 2017

Código de Verificación Electrónica: <b>e39310b7-5263-4814-8c65-adf50430c4ac</b> Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección <a href="http://sede.uniovi.es/validador/codigoverificacion">http://sede.uniovi.es/validador/codigoverificacion</a>		
Firmante	Universidad de Oviedo	
Fecha y hora de la firma	19/04/2017 16:49:18 GMT+0200	
Emisor del certificado firmante	O=FNMT-RCM, C=ES, OU=AC Componentes Informáticos	

# ANEXOS

## ANEXO 6: ACTIVIDADES DE FORMACIÓN TRANSVERSAL III.



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
University of Oviedo

### LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

---

#### CERTIFICA

---

Que

**SANTIAGO FERNANDEZ MENENDEZ**

con Documento Identificativo nº **71661228J**

ha asistido al curso

#### **CÓMO PUBLICAR EN REVISTAS CIENTÍFICAS DE IMPACTO**

desarrollado por esta Universidad dentro del **Programa de Formación Transversal de Doctorado del Centro Internacional de Postgrado** celebrado en las fechas siguientes

<b>Fechas de impartición</b>	9 y 10 de febrero de 2017
<b>Horas lectivas</b>	20

Y para que conste, a los efectos oportunos, expide el presente Certificado en Oviedo a  
6 de marzo de 2017

Código de Verificación Electrónica: <b>77ec9524-1fa3-4655-8a9d-bc36e08389bf</b> Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección <a href="http://sede.uniovi.es/validador/codigoverificacion">http://sede.uniovi.es/validador/codigoverificacion</a>		
Firmante	Universidad de Oviedo	
Fecha y hora de la firma	06/03/2017 17:12:14 GMT+0100	
Emisor del certificado firmante	O=FNMT-RCM, C=ES, OU=AC Componentes Informáticos	