

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/364788569>

Del trastorno bipolar a la depresión psicótica en Felipe V (1683-1746)

Chapter · January 2022

CITATIONS
3

READS
183

2 authors, including:



[Roberto García Sánchez](#)
Universidad Europea de Canarias

35 PUBLICATIONS 8 CITATIONS

SEE PROFILE

Del trastorno bipolar a la depresión psicótica en Felipe V (1683-1746)

ROBERTO GARCÍA SÁNCHEZ
Universidad de La Laguna

JUSTO PEDRO HERNÁNDEZ GONZÁLEZ
Universidad de La Laguna

Felipe V es el primer rey de la casa de Borbón, segundo hijo de Luis de Borbón y de María Ana Cristina Victoria de Baviera, y nieto de Luis XIV. Encontramos una serie de personas que han sido muy importantes en su crianza, crecimiento y desarrollo, como es el caso de su tía abuela, la hermana de Luis XIV, que luchó fervientemente para que el pequeño Felipe pudiera afrontar su gran timidez. Por lo tanto, observamos que ya desde muy pronto poseía unos rasgos de personalidad dirigidos hacia el aislamiento y la tristeza. El 3 de octubre de 1700, el rey Carlos II que era el último de la casa de Austria, concluyó la firma de su testamento, que se materializó con su defunción el 1 de noviembre del mismo año, en el cual se nombra a Felipe V sucesor al trono. A los diecisiete años, Felipe V es coronado rey de España y su acogida en Madrid fue sumamente exitosa. Desde el comienzo de su reinado, trató de respetar las costumbres y tradiciones españolas, interiorizando la enorme responsabilidad política que sobre él había depositado la nobleza española (García-Cárcel, 2021).

La Paz de Utrecht significó el reconocimiento de Felipe V como rey de España por todas las naciones, salvo Austria, que no hizo efectivo su reconocimiento hasta 1725. Sin embargo, este reconocimiento solo se llevaría a cabo tras la renuncia formal de dicho rey a sus derechos a la Corona francesa, como de ese modo se hizo (García-Cárcel, 2021).

Tras uno de sus episodios agudos donde se producían crisis depresivas, Felipe V abdicó en enero de 1724, en su hijo Luis I, evitando toda responsabilidad al no poder soportar su hundimiento psicológico. Sin embargo, su abdicación tuvo poca duración, pues Luis I murió de viruela en agosto de 1724 y su testamento le devolvía la Corona al primer Borbón (García-Cárcel, 2021).

Durante los últimos años de su reinado, sus trastornos mentales y el deterioro físico se fueron haciendo cada vez más notables hasta que el 9 de julio de 1746 muere de un accidente cerebrovascular.

Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica y comparativa sobre Felipe V y su sintomatología, para terminar con una propuesta de diagnóstico siguiendo los criterios del Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), y los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10).

Conceptualización y desarrollo del caso

Felipe V de Borbón nace el 19 de diciembre de 1683 en Versalles, es el segundo hijo de Luis de Francia, hijo éste de Luis XIV de Francia y de María Ana de Baviera, la cual es posible que padeciera un trastorno mental. Es un niño tímido, retraído, ensimismado e indeciso, con «una exagerada falta de confianza en sí mismo», y «lento de palabra» (Bots *et al.*, 2011, citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68). Queda huérfano de madre a la edad de 7 años, lo cual podría haberle generado algún trauma no resuelto.

En noviembre de 1700, es coronado rey de España, hecho no aceptado por Austria, el Sacro Imperio Romano-Germánico, Prusia, Hannover, Gran Bretaña, Holanda y Portugal, lo cual da lugar a la Guerra de Sucesión de España (1701-1714), que divide a los partidarios de Felipe V contra los defensores del archiduque Carlos de Austria.

Llega Felipe V a España en enero de 1701 y en abril sufre su primer episodio depresivo documentado. «Se le veía salir normalmente del consejo para ir a tirarse a un sillón [...] se abandonaba sin lucha a los movimientos de su alma. Algunas palabras de pena escapadas de su pecho oprimido, un torrente de lágrimas salía de sus ojos, sin motivo aparente...».

Escucha las reuniones del gobierno detrás de una cortina, duerme por el día y logra dormir en la madrugada (Kamen, 2000, citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68), por lo tanto, existe una distorsión del ritmo vigilia-sueño que no deja de presentar en episodios ulteriores.

Contrae matrimonio con María Luisa de Saboya en noviembre de 1701, teniendo una gran actividad sexual en las semanas siguientes a la boda, que podría tratarse de hipomanía (es un estado afectivo caracterizado por un ánimo persistentemente expansivo, hiperactivo e irritable), por un lado, pero también de agitación psicomotriz, por otro, lo cual parece lo más probable: la combinación entre agitación psicomotriz, síntomas depresivos y psicóticos.

En la primavera de 1702, al llegar a Nápoles, escribe: «sufro vapores, que no dejan que os escriba». Resulta especialmente destacable el bajo estado de ánimo –síntomas depresivos–, el aislamiento y los continuos dolores de cabeza –posiblemente psicopatizaciones–, que le impiden hacer una vida activa –adquiriendo la condición de trastorno, esto es, que impide el funcionamiento normal en el día a día–. Esta indisposición puede durar varios días y solo afecta a sus funciones cognitivas y psicológicas, pero no a su salud física.

Tiene una recaída en Milán en junio de 1702: se aísla, se siente como si fuera a morir y percibe que su cabeza está vacía o como si se le fuera a caer –lo cual puede ser entendido como una paranoia, un síntoma psicótico o un síntoma disociativo– (Kamen, 2000, citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68). En ese verano se producen las primeras batallas de la Guerra de Sucesión española: Santa Vittoria y Luzzara, en las que se muestra hiperactivo y temerario, por lo que se le apoda «el Animoso» (citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68), término que perdura hasta nuestros días. Es posible que esto correspondiera a otra fase hipomaniaca o de agitación psicomotriz, pues ambos están separados por una fina línea, que en este caso concreto es difícil de esclarecer.

En 1708 tiene miedo a ser envenenado a través de una de sus camisas. Además, esta idea delirante reaparece en más ocasiones durante el transcurso de su vida (Kamen, 2000, citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68).

En la batalla de Almenara, el 27 de julio de 1710, su comportamiento temerario –hipomanía o agitación psicomotriz– obliga a su rescate por la caballería borbónica. Es derrotado y tiene que retroceder hasta Zaragoza, donde hay una nueva batalla el 20 de agosto, en la que «Felipe recorrió las filas, animando a los soldados, después de lo cual se retiró a una eminencia en medio del campamento a fin de verlo todo y dirigirlo» (Kamen, 2000, citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68). Ese verano Felipe V estuvo hiperactivo y desinhibido, lo cual podría ser entendido como un período de agitación psicomotora.

En el verano de 1717 padece un nuevo episodio depresivo, su estado se caracteriza por ser altamente variable, pues unos días presenta normalidad y otros se encuentra totalmente apático. Padece también alteración en el sueño, así como en la conducta alimentaria. Se siente sin energía, inútil, incapaz de concentrarse o de sentir placer y tiene pensamientos suicidas –síntomas claramente depresivos–. Desde octubre adelgaza y tiene lapsus de memoria –algo característico de la pseudodemencia depresiva– permaneciendo encerrado en su dormitorio y sin deseos de ser acompañado. En ocasiones está en silencio absoluto durante todo un día, se niega a cambiarse de ropa y, llegando una noche al extremo de pensar que se moría, solicita la presencia de su confesor y redacta su testamento. El rey cree que

el sol le golpea en el hombro y le penetra hasta sus órganos internos –una muestra de sus síntomas psicóticos–.

Desde 1718 tiene comportamientos bulímicos caracterizados por comer de forma constante sin apenas retener los alimentos. En abril de 1719, el País Vasco es invadido por Francia y él marcha al frente del ejército, donde aparece la presencia de ideas megalomaniacas –otro ejemplo de sintomatología psicótica–: ordena que se impriman folletos en francés, escribiendo a los invasores que se retiren, pues él es el legítimo rey de Francia. Después de otra recaída depresiva, se retira a Madrid (Kamen, 2000, citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68).

Entre 1717 y 1720 abdica y construye el palacio de La Granja de San Ildefonso para poder aislarse del mundo (Kamen, 2000, citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68). Ambas cuestiones tienen un marcado carácter depresivo.

En el verano de 1726 manifiesta un grave episodio depresivo: «su cuerpo parecía paralizado. Se necesitaban tres personas para moverlo de la cama». Tiene síntomas catatoniformes –síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por anormalidades motoras, que se presentan en asociación con alteraciones en la consciencia, el afecto y el pensamiento–: permanece acostado durante horas, mirando fijamente al techo y moviendo los labios sin emitir sonido.

A finales de noviembre de 1726 llega a sus oídos la noticia de que el rey de Francia se encuentra enfermo, hecho que le hace cambiar de estado emocional: pasa a estar hiperactivo, a reclamar sus derechos al trono francés y, en febrero de 1727, ordena atacar Gibraltar –podría ser otro episodio de agitación psicomotora provocado por un acontecimiento social–. En mayo de 1727 vuelve a estar en fase depresiva, presentando un estado febril, donde vuelve a verse afectado el ciclo sueño-vigilia.

En junio de 1728 quiere volver a abdicar, época donde tiene «terrores, fantasías y alucinaciones»: de nuevo, teme ser envenenado a través de una camisa y solo se viste con las blusas que Isabel hubiera llevado antes –claro ejemplo de sintomatología psicótica o ideación paranoide–.

Por la noche se muerde, grita o canta; orina y defeca en su propia cama. En julio cree ser una rana y dice estar muerto –lo cual es un ejemplo evidente de una sintomatología psicótica–. Vuelve a producirse la ingesta compulsiva de alimentos, conducta que cesa en el otoño de 1728 (Kamen, 2000, citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68).

En agosto de 1730, en Andalucía, cae en una nueva fase depresiva, pasando casi todo el día acostado. Come mucho, padece problemas digestivos y afirma que defeca sangre en lugar de excrementos. Abandona el aseo personal y las uñas de los pies le crecen tanto que no puede andar –fase de depresión profunda–. No se cambia de ropa, se niega a salir de palacio y, de nuevo, aparecen distorsiones del ciclo circa-

diano. Este estado depresivo persiste en otoño de 1731 –nos encontramos ante un año de fase depresiva– (Kamen, 2000, citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68). Pasa a una fase depresiva a finales del verano, se niega a que le cambien las sábanas o la ropa y no permite que le afeiten, le corten las uñas, le peinen o le corten el cabello. Afirma no poder hablar porque está muerto, lo que parece un delirio cotariforme, también llamado delirio de negación, delirio nihilista o síndrome de Cotard, que es una enfermedad mental relacionada con la hipocondría. Aparecen ideas de culpa, afirmando no tener derecho a reinar, lo cual muestra una baja autoestima y auto-concepto fruto de un estado depresivo. Este estado continúa hasta febrero de 1733 (Kamen, 2000, citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68).

En agosto de 1737 se encuentra en fase depresiva, pero cuando aparece el cantante Farinelli y, al escuchar Felipe su voz, «resucitó al rey, que salió de su depresión y empezó de nuevo a atender su trabajo habitual» (Kamen, 2000, citado en Royuela-Rico, 2020: 61-68). Desde entonces, su tratamiento de primera elección son las arias de ópera cantadas por Farinelli, hasta tal punto de no poder dormir hasta oírlo cantar.

Es posible que pasara por fases depresivas de mayor o menor importancia. Se sabe que sigue reclamando diariamente los cantos de Farinelli, persiste la distorsión del ritmo vigilia-sueño, acostándose a las siete de la mañana (Royuela-Rico, 2020: 61-68). Alonso-Fernández (2006) considera que, a pesar de los cánticos que Farinelli le profesaba, el estado depresivo crónico no varió, y que solamente al final de cada concierto diario sentía una momentánea y efímera mejoría.

Resultados

Con base en lo mencionado y en el trabajo de Royuela-Rico (2020) titulado «Consanguinidad y enfermedad mental grave en los primeros Borbones españoles», se utiliza estos datos para sugerir el diagnóstico de trastorno bipolar. Sin embargo, la propuesta que aquí se pretende hacer discurre en otro sentido, en una dirección que apunta hacia un trastorno depresivo con características psicóticas –conocido como depresión psicótica–, en primera instancia, o bien, trastorno bipolar con características psicóticas, en segunda instancia.

A continuación, se expondrá los criterios diagnósticos del DSM-5 y del CIE-10, para tener en cuenta las dos principales categorías diagnósticas a nivel mundial y, de este modo, dar validez a la hipótesis planteada usando criterios objetivos.

Criterios diagnósticos del DSM-5

- A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva.
 - 2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 - 3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
 - 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - 5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (objetivable por parte de otros).
 - 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - 7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 - 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.
 - 9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de DM no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
- Si se cumplen actualmente todos los criterios para un Episodio de Depresión Mayor, independientemente de la gravedad del episodio, se le añade el especificador «Con características psicóticas»:

- 1) Congruentes con el estado de ánimo: el contenido de todos los delirios y alucinaciones está en consonancia con los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.
- 2) No congruentes con el estado de ánimo: el contenido de los delirios y alucinaciones no implica los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo.
- 3) Con catatonía: el especificador de catatonía se puede aplicar a un episodio de depresión si existen características catatónicas durante la mayor parte del episodio.

Criterios diagnósticos del CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.

- 1) El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- 2) No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.
- 3) Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

B. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, a excepción del criterio D. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

- 1) Anhedonia y/o Apatía: Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.
- 2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
- 3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia ni de trastorno esquizoafectivo.

D. Presencia de cualquiera de los siguientes:

- 1) Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondriaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio.
- 2) Estupor depresivo.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo:

- 1) Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de culpa, inutilidad, de enfermedad corporal o de desastre inminente, o alucinaciones auditivas de burla o condenatorias).
- 2) Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de persecución o autorreferenciales o alucinaciones sin un contenido afectivo).

Propuesta de diagnóstico:

- 1) Trastorno depresivo con características psicóticas (Depresión Psicótica).
- 2) Trastorno Bipolar con características psicóticas.

Discusión y conclusiones

Un diagnóstico con carácter retrospectivo es muy difícil de realizar, por lo tanto, el trabajo aquí presentado debe entenderse como una propuesta diagnóstica y no como un juicio clínico categórico, pues a lo largo del estudio se encuentran sintomatologías múltiples, difícilmente clasificables y confusas.

Es necesario operar con prudencia en la interpretación de los textos históricos, pues la alta subjetividad de su contenido y la falta de datos para comparar y comprobar –como la persona, estadísticas, informes, diagnósticos...– requiere sentido crítico y gran apertura de miras para su entendimiento.

La conclusión fundamental que de aquí se extrae estriba en la importancia que las fases depresivas tuvieron en Felipe V –se encontraba en esta fase la mayor parte del tiempo–, al igual que la gran relevancia que adquirió su sintomatología psicótica. Por todo ello, podemos afirmar que no es posible obviar los rasgos psicóticos a

la hora de establecer un juicio diagnóstico, pues son síntomas altamente llamativos, disfuncionales y condicionantes para la vida diaria de una persona.

Bibliografía

- Alonso-Fernández, Francisco (2006), «Desventuras biográficas de Felipe V, primer Borbón español», *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, n.º 123, págs. 791-811.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5.ª ed. (DSM-5), Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- García-Cárcel, Ricardo, «Felipe V» en Real Academia de la Historia, *Diccionario Biográfico Español* [<https://dbe.rah.es/>].
- Organización Mundial de la Salud (1992), *Trastornos Mentales y del Comportamiento, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*, 3 vols., Ginebra, OMS.
- Royuela-Rico, Ángel (2020), «Consanguinidad y enfermedad mental grave en los primeros Borbones españoles», *Revista de Neurología*, n.º 71, págs. 61-68.

