
ESTUDIOS / STUDIES

La psiquiatría hospitalaria durante el franquismo. El caso de La Cadellada (Oviedo, 1939-1963)

Luis Ángel Sánchez Gómez

Facultad de Geografía e Historia, Universidad Complutense de Madrid, España

E-mail: langel@ucm.es

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1073-7714>

Recibido: 27-12-2023; Aceptado: 21-01-2025; Publicado: 03-03-2026

Cómo citar este artículo / Citation: Sánchez Gómez, Luis Ángel. 2025. "La psiquiatría hospitalaria durante el franquismo. El caso de La Cadellada (Oviedo, 1939-1963)", *Asclepio*, 77 (1): 1242. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2025.1242>

RESUMEN: El Hospital Psiquiátrico Provincial de Oviedo, conocido como La Cadellada, abre sus puertas en enero de 1934. Sus dos psiquiatras titulares son Pedro González-Quirós y José Fernández, quienes durante toda su vida laboral mantienen una conflictiva relación personal. Con documentación inédita del hospital, conservada en el Archivo Histórico de Asturias, el artículo revisa el funcionamiento de la institución, la labor desarrollada por sus dos jefes clínicos, los diagnósticos y los tratamientos médicos; todo ello desde el final de la guerra hasta el arranque de la intensa reforma de la sanidad y la psiquiatría asturianas auspiciada por el presidente de la Diputación provincial en 1963.

Palabras clave: Psiquiatría; Hospital psiquiátrico; Manicomio; Franquismo; Asturias.

Hospital psychiatry during the Franco regime.
The case of La Cadellada (Oviedo, 1939-1963)

ABSTRACT: The Provincial Psychiatric Hospital of Oviedo, known as La Cadellada, opened its doors in January 1934. Pedro González-Quirós and José Fernández were the psychiatrists of the institution. They maintain, during all their working lives, a very conflictive personal relationship. By consulting unpublished documentation preserved in the Historic Archive of Asturias, the article reviews the functioning of the institution, the work carried out by its two clinical heads, the diagnoses and the medical treatments; all of it from the end of the war until the start of the intense reform of Asturian health and psychiatry sponsored by the president of the Provincial Council in 1963.

Keywords: Psychiatry; Psychiatric Hospital; Asylum; Francoism; Asturias.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Psiquiátrico Provincial de Oviedo (1934-2005) tuvo unos comienzos difíciles, incluso trágicos, vinculados con la Revolución de 1934 y, sobre todo, con la Guerra Civil, que conduce a su evacuación y supone la casi total destrucción de sus instalaciones. La evacuación “nacional” termina recalando en el monasterio de Corias, en Cangas del Narcea, donde se atiende a los enfermos con enormes carencias, pero sin sobresaltos. La republicana se instala en otro convento, el de Valdediós, en el concejo de Villaviciosa. Allí, cuando la guerra se ha dado por terminada en Asturias, un batallón del ejército franquista fusila a once mujeres y seis hombres trabajadores del hospital, la mayoría enfermeras. El crimen se mantuvo oculto durante décadas, hasta que hace una veintena de años se pudo excavar la fosa y recuperar los restos de los asesinados.¹ Al margen de este dramático episodio, disponemos de información puntual sobre determinados momentos de la historia del hospital. Sabemos algo sobre los orígenes de la institución,² y también se han publicado trabajos (de condición y calidad ciertamente dispares) sobre la actividad del centro durante la dictadura franquista. Quirós Corujo ofrece datos de interés, pero están muy mediatizados por la defensa a ultranza del trabajo desarrollado en el hospital por su padre, Pedro González-Quirós Isla, uno de los dos jefes clínicos del centro.³ En un plano muy diferente se sitúan los estudios que analizan las reformas impulsadas a mediados de 1960 por el presidente de la Diputación provincial, José López-Muñiz, cuyo fracaso genera un movimiento de protesta que se extiende a centros de atención psiquiátrica de buena parte del país.⁴ El hospital de La Cadellada (como se conoce al Psiquiátrico ovetense, por la finca donde se levantó) vuelve a estar presente de forma destacada en la bibliografía desde mediados de 1980, cuando se sitúa como referente en el marco de la Segunda Reforma Psiquiátrica.⁵ Este nuevo proyecto modifica las formas de intervención terapéutica, desarrolla un sistema de atención comunitaria descentralizado, paraliza de forma definitiva los nuevos ingresos en el hospital, impulsa la desinstitucionalización de los pacientes psiquiatrizados y, en último término, vacía casi por completo sus camas. Dos décadas después, se producen los últimos traslados y en mayo de 2005 se derriba el último de sus pabellones.⁶

Como vemos, existe cierta bibliografía sobre el hospital ovetense, aunque ningún estudio general. En las páginas que siguen hacemos una nueva aportación a ese conjunto de trabajos mediante la revisión del contexto en el que se desarrolla la atención a los pacientes de La Cadellada desde el final de la guerra hasta 1963, recurriendo de forma primordial a documentación inédita (informes, memorias e historias clínicas) conservada en el Archivo Histórico de Asturias. Iniciamos el relato ofreciendo alguna información sobre lo acontecido durante la República y la Guerra Civil. En el siguiente apartado nos adentramos en la “nueva normalidad” que se abre paso en 1939, revisando el modelo de historia clínica vigente durante los veinticinco primeros años de la dictadura, un modelo que, en realidad, había sido diseñado por los psiquiatras de La Cadellada en tiempos de la República. Luego, hablamos de diagnósticos y tratamientos, con una referencia a la temprana aplicación del electroshock. En los siguientes apartados comprobaremos que la introducción de los primeros psicofármacos y los cambios operados en la sociedad asturiana plantean un nuevo escenario: conducen a un aumento en las cifras de ingresados, saturan aún más el centro e inciden de forma muy negativa en la calidad de la atención recibida por los pacientes. Como veremos en el último apartado, la muy difícil situación que atraviesa el hospital está en el punto de partida de los intensos cambios auspiciados por el nuevo presidente de la Diputación, desde su acceso al cargo en 1957,

1 Ángel de la Rubia Barbón y Pedro de la Rubia Huete, *La fosa de Valdediós* (Gijón: Fundación Municipal de Cultura, Educación y Universidad Popular del Ayuntamiento de Gijón, Museo del Pueblo de Asturias, 2006).

2 Patricia Secades Fernández, “Los conjuntos arquitectónicos y su importante valor patrimonial. La parcela de la Cadellada como elemento dinamizador del entramado urbano”, *Liño. Revista Anual de Historia del Arte*, 15, (2009): 127-137.

3 Pedro Quirós Corujo, *La asistencia psiquiátrica en Asturias* (Oviedo: Real Instituto de Estudios Asturianos, 2018).

4 José García González, “Psiquiatría y cambio social. Análisis socio-histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: el caso del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1962-1972)”, 2 vols. (Tesis doctoral, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, 1979); Fabiola Irisarri Vázquez, “José Luis Montoya Rico y las primeras reformas de la asistencia psiquiátrica de beneficencia”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 140, (2021): 303-324.

5 Javier Montejo Cadosa, “La Reforma Psiquiátrica y de Salud Mental en Asturias”, en *II Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* (Oviedo: Fundación Signo, 1994), 1080-1095; José García González, “La reforma psiquiátrica en el Principado de Asturias: período 1982-1993”, en José García, Antonio Espino y Ladislao Lara (eds.), *La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental* (Madrid: Díaz de Santos, 1998), 79-100.

6 José Eloy García García, “Estertores de un manicomio. Reflexiones de un enfermero sobre los últimos pacientes”, *Presencia. Revista de Enfermería de Salud Mental* 2,3 (2006): s.p.

que primero se centran en la mejora de las instalaciones y muy pronto plantean una reforma integral del modelo asistencial.

REPÚBLICA, GUERRA, DESTRUCCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN

El 18 de febrero de 1931 los diarios de Oviedo celebran con indisimulado orgullo un acontecimiento que consideran trascendental para la ciudad y el conjunto de la región: dos jóvenes médicos ovetenses han ganado sendas plazas de jefes clínicos de la sección de psiquiatría en el Hospital Provincial. Los ejercicios habían tenido lugar ante un tribunal formado por el médico y diputado provincial Arsenio Fraile Reñones (como presidente y en representación de la Diputación) y los psiquiatras Gonzalo Rodríguez Lafora, José Miguel Sacristán, Antonio Vallejo Nágera y Francisco Huertas González del Campillo, los cuatro llegados desde Madrid. Las dos plazas se habían convocado para cubrir la que resultara vacante tras el fallecimiento, en enero 1928, de Sixto Álvarez Armán, el alienista responsable de la sección. La Diputación asturiana, de quien depende la sanidad provincial, tarda más de dos años en convocar la plaza, pero cuando lo hace opta por crear dos en lugar de una, ambas destinadas a lo que oficialmente se conoce como “departamento de observación de dementes” del Hospital Provincial. La decisión resulta coherente y está plenamente justificada, tanto por el notable número de enfermos ingresados en el centro como por las nuevas necesidades que se habrían de generar cuando se inaugurase el nuevo Hospital Psiquiátrico Provincial, que había comenzado a construirse precisamente en 1928.

Los facultativos triunfantes en la oposición son Pedro González-Quirós Isla (1904-2000) y José Fernández González (1902-1977). El primero, que ha obtenido mayor puntuación, se hace cargo de la sección de hombres; el segundo, de la de mujeres. Cuando ambos se incorporan a su nuevo puesto de trabajo, el 1 de marzo de 1931, el Hospital Provincial de Oviedo acumula treinta y cuatro años de historia y goza de notable prestigio entre la ciudadanía. Durante la década de 1920 había ampliado y mejorado sus instalaciones e incorporado nuevas especialidades, disponiendo de un personal médico de muy alto nivel. Sin embargo, su sección manicomial apenas si se había renovado, viéndose lastrado su funcionamiento por la saturación de pacientes y la escasa dotación de personal. Ya en tiempos de la República, la administración provincial confía en que las dificultades se resuelvan con la puesta en marcha del nuevo Hospital Psiquiátrico, pero su apertura se retrasa.

Por fin, en enero de 1934 llegan los primeros enfermos al nuevo hospital de La Cadellada (Fig. 1), trasladados desde el Hospital Provincial, y durante los meses siguientes se instala a parte de los que estaban acogidos en el Manicomio de Valladolid, que era donde la Diputación asturiana enviaba, desde mediados del siglo XIX, a los enfermos que debían ser internados de forma “permanente”, una modalidad de ingreso que no se contemplaba en Oviedo. Tras su evacuación y casi total destrucción durante la Guerra Civil (Fig. 2), en marzo de 1938 comienzan unas obras de reconstrucción que en el mes de octubre de 1939 permiten el regreso de los enfermos (Fig. 3). Arranca entonces un periodo de “normalidad” para La Cadellada en la “nueva España” de Franco que, además de por la escasez de recursos, durante un cuarto de siglo estará marcado por dos circunstancias trascendentales: las conflictivas relaciones que mantienen entre sí sus dos jefes clínicos y el muy limitado tiempo que dedican a sus tareas en la institución, relegadas por la actividad que ambos desarrollan en sus respectivas clínicas particulares.⁷

⁷ La muy conflictiva relación personal y profesional que mantienen los dos jefes clínicos de La Cadellada arranca desde su toma de posesión y se mantiene hasta su jubilación. El origen de esa pésima relación se debe a que los puestos que ocupan tienen la misma categoría, no están jerarquizados; pero ambos quieren extender su control más allá de su respectiva sección. Sobre el papel, existe la figura del director, pero durante la República y los primeros años de la posguerra ese puesto lo ocupa el director del Hospital Provincial, alguien por completo ajeno al Hospital Psiquiátrico. Tanto Fernández como González-Quirós consideran que debería nombrarse un director de La Cadellada y ambos quieren ocupar el puesto. El cargo se crea, y entre finales de 1946 y comienzos de 1953 lo ocupa Fernández. Durante esos años, el conflicto se encona. Tras el cese de Fernández, el puesto desaparece y solo se recupera en el renovado contexto de la Reforma que arranca en 1963, ya con ambos personajes fuera del hospital.



Figura 1. Imagen aérea del Hospital Psiquiátrico de La Cadellada, tomada por la aviación gubernamental el 21 de octubre de 1934, tras ser sofocada la revolución.⁸



Figura 2. “Frente de Asturias. Oviedo 21-9-1937. Pabellón del manicomio”. Se trata del pabellón de observación de hombres. Imagen tomada probablemente por Adolfo López Armán.⁹

⁸ Archivo Histórico del Ejército del Aire, DIG-00297-32.

⁹ Biblioteca Nacional: Oviedo (Asturias). Edificios singulares destruidos, I [1937], sig. GC-Caja 68/13.



Figura 3. Hospital Psiquiátrico de La Cadellada, pabellón principal de hospitalización de varones, a comienzos de los años 40. Fotografía de Adolfo López Armán.¹⁰

EL MODELO DE HISTORIA CLÍNICA

Es bien conocido que las historias clínicas son una fuente documental de extraordinaria importancia para la historia de la psiquiatría.¹¹ Desgraciadamente, en el caso de La Cadellada son muy pocas las que se conservan anteriores a 1970. De una parte, y gracias a un expediente disciplinario abierto en 1936, sabemos que González-Quirós había retirado del hospital más de un millar de historias clínicas (de varones), actuación que justifica porque, según dice, son “trabajos personales de orden intelectual”.¹² Aunque parece que devuelve algunas, ni estas ni las correspondientes a las enfermas (que están a cargo de Fernández) se han localizado en el Archivo Histórico de Asturias. Y tampoco se han encontrado las correspondientes a fechas posteriores. Todo apunta a que existe una notable falta de control de los registros hasta mediados de 1960. Afortunadamente, en un segundo expediente abierto a González-Quirós, en 1943, se adjuntan algunas historias clínicas de varones, que precisamente se utilizan como prueba de cargo contra el investigado, y que son las que hemos podido consultar.¹³

En realidad, el modelo de historia clínica que se documenta durante las décadas de 1940 y 1950 había sido diseñado en tiempos de la Segunda República, asumiendo de alguna forma las innovadoras disposiciones recogidas en el decreto sobre “la asistencia al enfermo psíquico”, de 3 de julio de 1931.¹⁴ No obstante, lo cierto es que la nueva legislación no concreta cuál debe ser el contenido de estos formularios, por lo que cada hospital adapta el suyo según el criterio de sus facultativos. El que se utiliza en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Oviedo fue sin duda elaborado por sus dos nuevos jefes clínicos, González-Quirós y Fernández. Es un protocolo extenso y detallado; incluso nos atreveríamos a decir que resulta más acompasado al modelo de asistencia psiquiátrica

10 Archivo Municipal de Oviedo, Fondo López Armán, registro R0013-02.

11 Rafael Huertas, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”, *Frenia* 1, 2 (2001): 7-33.

12 El expediente se conserva en el Archivo Histórico de Asturias (en adelante AHA), fondo Diputación Provincial (en adelante DP), caja 224281/4-5.

13 AHA, DP, caja 5083/4. El expediente abierto a Quirós en 1936 concluye con la separación del cargo, que luego revocan las autoridades franquistas. El de 1943, que aquí citamos, también plantea su destitución y la propuesta de que el caso pase a los Tribunales; sin embargo, el asunto acaba siendo archivado.

14 *Gaceta de Madrid*, 7 de julio de 1931.

puesto en práctica durante aquellos años que el vigente en otras instituciones públicas, incluido, por ejemplo, el Manicomio Nacional de Santa Isabel, en Leganés.¹⁵

Además de la incorporación de un “gráfico de herencia”, sobre las enfermedades padecidas por los más cercanos parientes del enfermo, lo más relevante del nuevo documento es el muy detallado interrogatorio que se plantea durante el “examen de ingreso” y el reformado “cuestionario” que han de cumplimentar sus familiares. El primero sustituye al muy laxo “estado al ingreso” de las historias clínicas de los años 20, que se limitaba a abrir sendos apartados “psíquico” y “físico” y que no incluía cuestión alguna que presentar al paciente. Ahora son nada menos que setenta y ocho las preguntas propuestas, a las que se suman otras once cuestiones dirigidas al médico encargado del reconocimiento. El interrogatorio pretende determinar en qué medida el enfermo es capaz de establecer su filiación y datos biográficos esenciales, de orientarse en el tiempo y el espacio, de reconocer la situación y el lugar en el que se encuentra, su capacidad memorística, retención visual y habilidad básica para el cálculo, si reconoce padecer alguna alteración o trastorno, o si es capaz de discernir sobre cuestiones de carácter ético y moral. Por su parte, el “cuestionario” se reforma por completo en su redacción, pero no presenta diferencias significativas con respecto al anterior. Incluye los mismos apartados sobre “antecedentes familiares”, “antecedentes personales” e “historia sexual”, a los que se añade una nueva sección sobre la “enfermedad actual” del paciente, que se interesa por la conducta del enfermo tras la aparición de los primeros síntomas de su supuesta patología, algo sobre lo que el cuestionario previo interrogaba de forma muy somera al final del apartado dedicado al ámbito sexual. En realidad, la mayor novedad de este documento son las “advertencias de uso” que lo encabezan, que van mucho más allá de lo anotado en la breve nota informativa final del cuestionario hasta entonces vigente, y que se inspiran directamente en el renovado modelo asistencial instaurado por la Segunda República. Merece la pena reproducirlas:

El Sanatorio Psiquiátrico está destinado a CURAR al enfermo, no a proteger a su familia de los peligros y molestias que él pudiera causar.

Es obligación moral de las familias proporcionar al médico cuantos datos se interesen en este cuestionario, ayudando con ello al mejor conocimiento de la enfermedad y, por tanto, a su curación.

Si no entendiera algunas de las preguntas, pida ayuda al médico de cabecera, y si en todo caso no se conociese la respuesta, hágalo constar así, pues dejar en blanco el espacio correspondiente puede inducir a error.

Se aconseja también que, de ser posible, remitan los familiares retratos, cartas, dibujos o escritos del enfermo, por ser muchos de ellos interesantes para mejor formar juicio clínico del pasado, así como los análisis e informes –si los hay– de otros médicos que le hayan visitado.

EL SECRETO PROFESIONAL OBLIGA AL MÉDICO A NO HACER USO DE LOS DATOS RECOGIDOS EN ESTA HOJA, QUE NO SEA PARA LA CURACIÓN DEL ENFERMO; de aquí que se recomienda pongan en las contestaciones la mayor sinceridad y veracidad.¹⁶

Como decimos, los modelos de historia clínica y de cuestionario que acabamos de ver se asientan sobre el sustrato de la reforma republicana y no se modifican tras la guerra, siendo un buen ejemplo de la relativa continuidad que se documenta en el ámbito de la psiquiatría hospitalaria durante el primer franquismo.¹⁷ Pues bien, esa vinculación se evidencia de forma aún más explícita en otro interesante documento del que apenas se puede hacer uso durante la República, y que se mantiene vigente en La Cadellada al menos hasta finales de 1960. Me

15 Paloma Vázquez de la Torre Escalera, “El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil Española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales” (Tesis doctoral, Universidad Complutense, Facultad de Medicina, Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Historia de la Ciencia, 2013); Ana Conseglieri, “El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales” (Tesis doctoral, Universidad Complutense, Facultad de Medicina, Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Historia de la Ciencia, 2014); Raquel Tierno Patiño, “El Manicomio Nacional de Leganés durante la Segunda República (1931-1936): organización de la asistencia y práctica clínica” (Tesis doctoral, Universidad Complutense, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Historia de la Ciencia, 2019).

16 Las mayúsculas aparecen en el documento original.

17 Rafael Huertas, “El modelo de atención psiquiátrica en el primer franquismo: rupturas y continuidades”, en Ricardo Campos y Ángel González de Pablo (coords.), *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo* (Madrid: Catarata, 2016), 17-45; Rafael Huertas, “En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)”, *Dynamis* 37, 1 (2017): 23-43; Ricardo Campos y Ángel González de Pablo (coords.), *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo* (Madrid: Catarata, 2016); Ricardo Campos y Ángel González de Pablo (coords.), “Psiquiatría en el primer franquismo: saberes y prácticas para un ‘Nuevo Estado’”, *Dynamis* 37,1 (2017): 13-21.

refiero a la denominada “Hoja de conducta extrahospitalaria”.¹⁸ De nuevo conviene reproducir las “advertencias importantes” que la encabezan:

En virtud del artículo 30 de la vigente ley sobre asistencia de enfermos psíquicos, el Médico Director de un Establecimiento psiquiátrico puede conceder permisos o salidas provisionales a los enfermos. Los enfermos en esta situación pueden ser readmitidos en el Hospital sin formalidades de ninguna clase, pero sus familiares están obligados a remitir al Médico Director del Establecimiento una relación mensual del estado del enfermo.

Asimismo, no podrán negarse a que el paciente pueda ser visitado por el personal médico del Hospital, o sus representantes si el Médico Director lo estimase oportuno, para el buen conocimiento de la enfermedad del paciente.

Par el cumplimiento estricto de la Ley, se remitirá esta hoja cuidadosamente contestada, dentro de los tres días de su recepción. El incumplimiento de esta formalidad podría proporcionar serios perjuicios y trastornos a los familiares y al enfermo, en evitación de los cuales se recomienda mucho que, si por circunstancias excepcionales no pudiera enviarse esta hoja en el término marcado, se haga conocer al Hospital mediante carta o tarjeta postal, acusando recibo de la misma y justificando la demora en remitirla.

Por las mismas razones es preciso avisar al Hospital de todos los cambios de domicilio.

Esta hoja debe ser constatada sin conocimiento del enfermo y por aquellas personas que más convivan con él.

Deberán recurrir al consejo del Médico de cabecera, siempre que así lo aconseje el estado del enfermo. Si la intensidad de las alteraciones fuera alarmante, se pondrá además en conocimiento del Médico Director del Hospital, sin aguardar el envío de la nueva hoja mensual.

La ley mencionada es de nuevo la republicana de 3 de julio de 1931, cuyo artículo 30 establece, efectivamente, que es posible conceder a los enfermos “salidas o licencias provisionales que no podrán exceder de tres meses”, aunque de manera excepcional podrían tener una duración máxima de dos años, “al final de cuyo plazo se canjearán por el alta extendida en documento especial por el Director” del hospital. La hoja elaborada por los responsables médicos de La Cadellada (que no hemos documentado en otros hospitales, tampoco en el de Leganés) interroga sobre el estado del paciente, su conducta cotidiana, rendimiento en el trabajo, trato social, si se relaciona con “holgazanes, bebedores o malas compañías”, si hace reproches a sus familiares, si reconoce su enfermedad, si habla de ella, si ingiere bebidas alcohólicas, si ha tenido ataques epilépticos, si ha presentado alguno de los antiguos síntomas, si se encuentra triste, agitado, tranquilo o deprimido, si ríe solo, si “se orina o ensucia la cama”, si se masturba, si tiene ideas “absurdas” (de grandeza, ruina o pecados) o si se han documentado intentos de suicidio. Finalmente, incluye dos preguntas fundamentales para la valoración final de la encuesta: “¿Creen que puede continuar viviendo entre su familia?” y “Si opinan que debe reingresar en el Hospital, ¿cuál es el motivo principal?”. Como enseguida comprobaremos, la concesión de estos permisos se fue incrementando de manera notable con el paso de los años, aunque quizás no fueran muy bien recibidos por los familiares. Es probable que, en no pocos casos, las respuestas a esas dos últimas cuestiones del interrogatorio fueran similares a las que contiene el documento concreto que hemos consultado, el citado en la nota 7. A la primera se responde que “de ninguna manera” puede seguir viviendo el enfermo con su familia, y el argumento que lo justifica no puede ser más taxativo: “El no poder soportarlo en la casa por ser imposible la vida con él”.

DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS

En principio, podemos concluir que en el momento de su ingreso los enfermos de La Cadellada son reconocidos de acuerdo con el protocolo vigente. Algunos acaban siendo hospitalizados durante un corto periodo de tiempo, pero son muchos los que se convierten en pacientes de larga duración. Antes de que reciban el alta definitiva, si es que lo consiguen, los más “afortunados” se hacen acreedores de permisos de salida temporales que cuentan con un seguimiento igualmente protocolizado. ¿Cómo transcurre su existencia entre esos dos momentos tan trascendentales, el ingreso y el alta temporal o definitiva? ¿Cuáles son los diagnósticos médicos más habituales? ¿Qué tratamientos reciben? ¿Qué actividades desarrollan? En las páginas que siguen vamos a tratar de ofrecer algunas respuestas a estas cuestiones.

Por supuesto, entre el final de la guerra y el año de 1963 son muchos los cambios que se documentan en La Cadellada: en el personal médico, en las instalaciones, en los diagnósticos y muy especialmente en los tratamientos administrados a los pacientes. Durante todo este tiempo, la clasificación diagnóstica compartida por todos

18 AHA, DP, caja 5083/4.

los centros asistenciales sigue estando basada en la nosografía kraepeliniana, propuesta por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin en 1899 e incorporada a las estadísticas españolas por el Consejo General psiquiátrico durante la República. No obstante, es cierto que cada especialista la adapta según su propio criterio, introduciendo nuevas categorías de diagnóstico, agrupando algunas o eliminando otras, como es precisamente el caso que ahora nos ocupa. La información estadística disponible sobre La Cadellada corresponde ya a un momento avanzado, de finales de 1950 y comienzos de 1960, y recoge los cambios operados en las dos últimas décadas. Veamos lo que determina José Fernández¹⁹ sobre las 492 mujeres que son acogidas en su sección a fecha de 1 de enero de 1957 en el Gráfico 1.

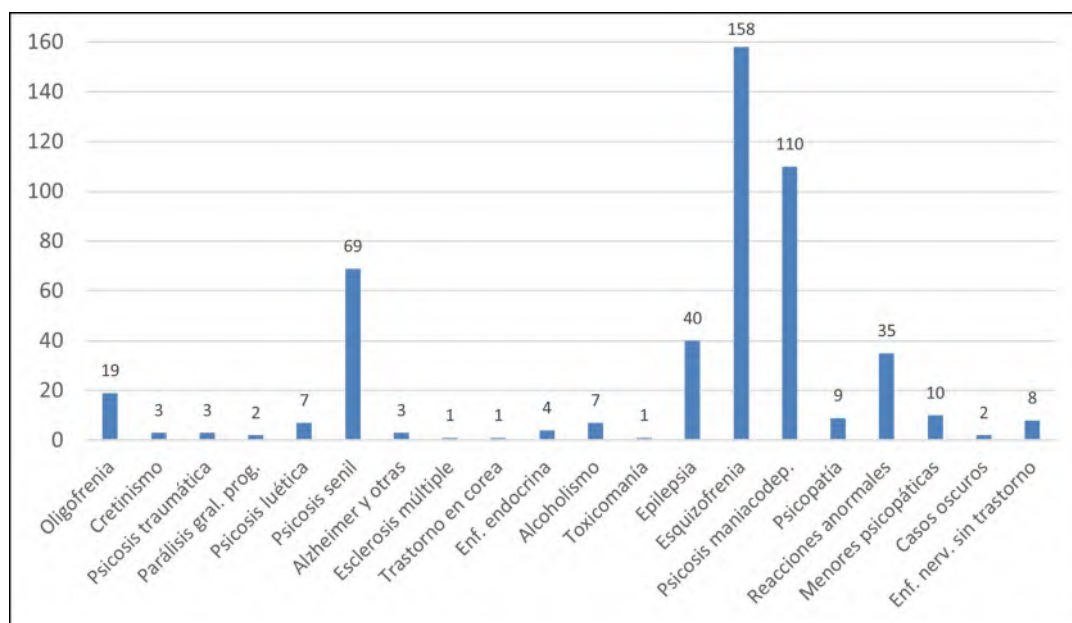


Gráfico 1. Diagnósticos de las enfermas ingresadas en La Cadellada en 1957.

Como se puede comprobar, la clasificación que se registra en La Cadellada consolida la preponderancia del diagnóstico de esquizofrenia que se había hecho mayoritario, ya durante la década de 1920, en la práctica totalidad de los establecimientos psiquiátricos del país, y que no hará sino incrementarse.²⁰ Llama la atención el muy elevado número de psicosis maniaco-depresivas, un diagnóstico que parece especialmente asociado al ámbito femenino, y también es significativa la cifra de psicosis seniles, vinculada muy probablemente con la hospitalización casi permanente de un buen número de enfermas catalogadas como crónicas e irreversibles. La epilepsia se mantiene en una posición relevante, por encima de los casos de oligofrenia y de las “reacciones depresivas”, “neurosis de renta” y “desarrollos paranoides”, que Fernández agrupa en las que califica como “reacciones anormales”. Por el contrario, los trastornos mentales asociados a la sífilis son muy escasos, y casi anecdóticos los vinculados con el alcoholismo y otras toxicomanías, que se documentan en mucho mayor número entre los varones. Por otra parte, y si bien es verdad que no disponemos de información referida de forma exclusiva a la sección masculina, sí contamos con las estadísticas generales que desde 1961 se recogen en la preceptiva memoria anual que la gerencia y los responsables médicos del centro deben presentar en la Diputación provincial.²¹ Veamos en el

19 Es una información recogida en una memoria sobre la sección de mujeres que se conserva en AHA, DP, caja 224346/4. Las categorías diagnósticas empleadas por Fernández son muy similares a las que se utilizan en el manicomio de Leganés durante esos mismos años (Conseglieri, “El Manicomio Nacional de Leganés”, 136-143).

20 Ana Conseglieri, Olga Villasante y Paloma Vázquez, “El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. Viejas y nuevas prácticas”, en Ricardo Campos y Ángel González de Pablo (coords.), *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo* (Madrid: Catarata, 2017), 189.

21 En el fondo del Hospital Psiquiátrico (en adelante, HP) del AHA, en la caja 11226, se guardan copias de las memorias correspondientes a los años de 1962 a 1969. Además, en su biblioteca se conservan, catalogadas como publicaciones, las memorias de 1961, 1965, 1967 y 1969. El título de todas ellas es simplemente el término *Memoria*, seguido del año de referencia.

Gráfico 2 lo que se anota en los años de 1961 y 1962, de manera conjunta, para los casos de ingresos y reingresos en ambas secciones.

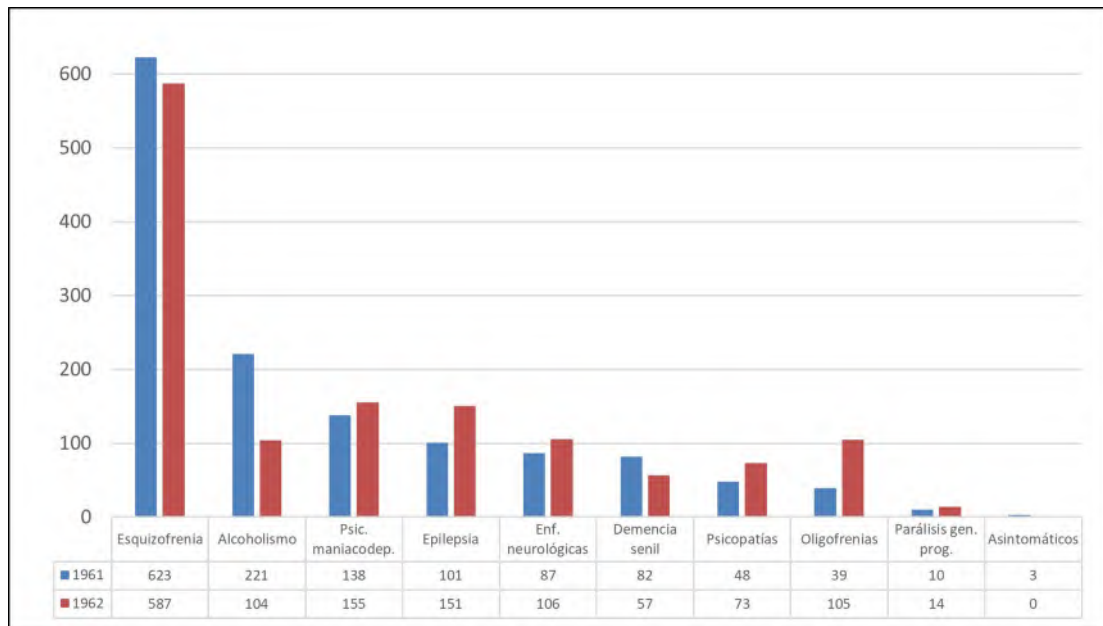


Gráfico 2. Diagnósticos de ingresos y reingresos en La Cadellada, 1961 y 1962.

Al margen de la simplificación de las categorías nosológicas que se observa, respecto de la información ofrecida por Fernández en 1957, el dato más destacado continúa siendo el gran número de diagnósticos de esquizofrenia, que ahora se eleva aún más, alcanzando el 46 % de los casos en 1961 y el 43,4 % en 1962. La psicosis maniacodepresiva y la demencia senil descienden con respecto a los datos apuntados en 1957 para la sección femenina, mientras se incrementan los de oligofrenia. Los que suben de forma importante son los diagnósticos de alcoholismo, sin duda vinculados con los modelos masculinos de soltería y sociabilidad.²² Son cifras ciertamente elevadas, muy superiores, por ejemplo, a las que se documentan (es cierto que algunos años antes, entre 1939 y 1952) en el Manicomio Nacional de Leganés.²³

Fueran cuales fuesen los diagnósticos establecidos, el elevado número de ingresos y reingresos conduce a La Cadellada, a comienzos de 1960, a un grado de saturación difícilmente sostenible.²⁴ Y la situación habría sido mucho peor de no haberse producido un igualmente elevado número de altas, tal y como reflejan las memorias anuales y se recoge en el Gráfico 3.

Las cinco primeras categorías de altas son definitivas; las otras dos son consideradas provisionales. Las provocadas por fugas, que son muchas, deberían ser resueltas con el reingreso voluntario o forzoso del enfermo, algo que supuestamente se lograba en un buen número de casos, aunque también es cierto que muchos de los huidos eran reincidentes. Digamos ya que las fugas se incrementan de forma progresiva a finales de 1940, momento en el que su número desciende de forma temporal hasta recuperar la senda alcista a finales de 1950.²⁵ Los responsables médicos de La Cadellada asocian tales conductas a la escasez de personal de enfermería y de vigilancia, a la inadecuación de las instalaciones, a la flexibilidad del modelo asistencial y al poco agradable “medio ambiente sa-

22 Durante las décadas de 1950 y 1960 las páginas del diario ovetense *La Nueva España* recogen casi a diario notas de ingresos forzosos de enfermos en La Cadellada. La mayoría son por intoxicaciones etílicas o conductas asociadas al alcoholismo, indicándose siempre el nombre y los apellidos de la persona internada.

23 Conseglieri, “El Manicomio Nacional de Leganés”, 138.

24 En 1961 el movimiento total de enfermos es de 2.550 personas; en 1962 es casi idéntico: 2.556.

25 Anotemos algunos porcentajes de fugas en relación con el número total de pacientes de ambos sexos ingresados: 1946, 6,04 %; 1947, 4,96 %; 1948, 8,06 %; 1949, 7,56 %; 1950, 6,24 %; 1951, 5,23 %; 1952, 5,99 % (“Informe del director-técnico del Hospital Psiquiátrico”, 30 de noviembre de 1952, AHA, DP, caja 224477/21).

natorial”, hechos y circunstancias que no serán fáciles de resolver.²⁶ Aunque a comienzos de 1960 se ha reducido mucho la mortalidad con respecto a la inmediata posguerra, no son del todo desdeñables las cifras de “altas por defunción”, sin duda asociadas a la avanzada edad de un buen número de pacientes. Las altas denominadas “de ensayo” se derivan de la concesión de permisos o salidas temporales amparadas como vimos por el decreto republicano de 3 de julio de 1931. Son muy numerosas y podrían vincularse con una exitosa capacidad del personal médico de La Cadellada para reinsertar a los enfermos en los entornos familiar, social y laboral de los que habían sido arrancados tras su ingreso hospitalario. No obstante, el elevado número de reingresos que se documenta en esos mismos años (664 en 1961 y 558 en 1962) hace pensar que buena parte de estos enfermos acaba retornando al hospital. En todo caso, lo más relevante es que las cifras de altas “por curación” son muy elevadas. ¿Qué entienden sus facultativos por curación? ¿Cómo se han producido? ¿Cuáles son las enfermedades o trastornos presuntamente curados?

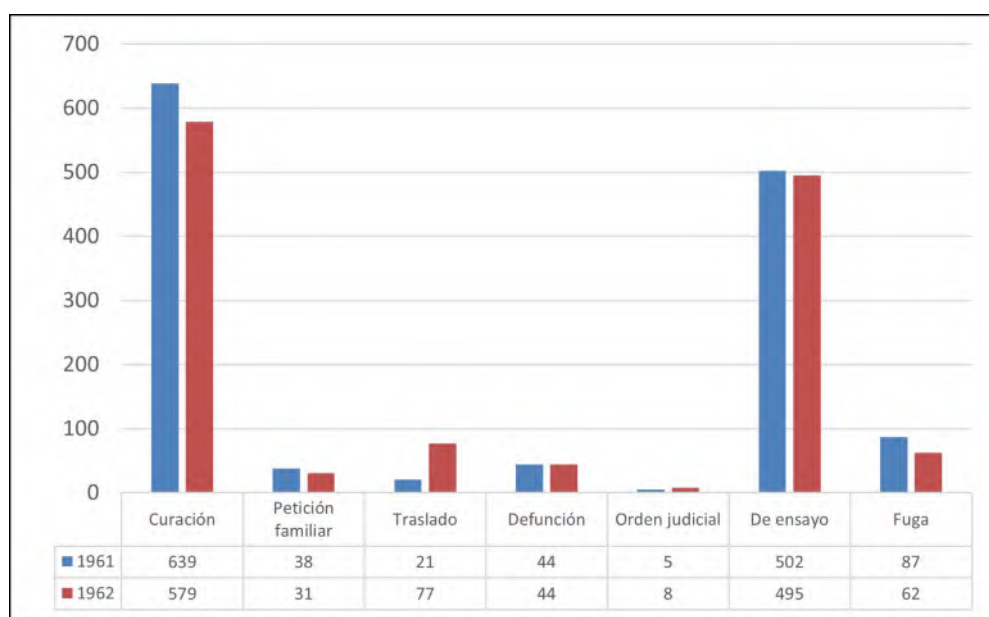


Gráfico 3. Tipología de las altas concedidas en La Cadellada en 1961 y 1962.

Resulta ciertamente llamativo, pero en ninguna de las memorias anuales se mencionan los tratamientos recibidos por los enfermos y, por supuesto, tampoco se dice nada sobre la tipología del trastorno o la enfermedad que ha permitido obtener mayores éxitos en su curación. El único entorno vinculado con el ámbito terapéutico al que se presta atención en estos informes es la laborterapia, aunque los informes apenas ofrecen otra información que el número de enfermos empleados y el tipo de trabajo que desarrollan, que durante estos primeros años de 1960 tiene un carácter eminentemente práctico, aplicado a la reforma y ampliación de las instalaciones del propio hospital. Afortunadamente, un informe de Fernández nos permiten conocer, aunque sea de forma sumaria, la tipología de los tratamientos administrados.²⁷ Así, sabemos que durante las décadas de 1940 y 1950 los psiquiatras de La Cadellada siguen recurriendo a métodos empleados desde tiempo atrás, tanto para la contención de los enfermos agitados como para el presunto control de la esquizofrenia: escopolamina, morfina, luminal, opio, bromuros, hidroterapia, el brutal absceso de fijación, el choque cardiazólico, la malarioterapia, la narcosis de Klaesi (o cura del sueño) y la cura de Sakel (insulinoterapia). Además, Fernández anota que, en su sección, la de mujeres, también se ponen en práctica “métodos psicoterápicos de sugestión, relajación, narcoanálisis, psicoterapia antropológica y colectiva, etc.”. No obstante, dado el elevado número de pacientes ingresadas, es muy improbable que estas terapias fueran aplicadas de manera extendida y de forma habitual.

²⁶ “Informe del director-técnico [J. Fernández] sobre el problema de las fugas”, fechado a 1 de agosto de 1949 (AHA, DP, caja 224323/7-3).

²⁷ Informe elaborado por J. Fernández sobre la situación de su sección durante el año de 1957 (AHA, DP, caja 224346/4). Salvo quizás las psicoterapias, todas se aplican igualmente en la sección masculina.

UNA TERAPIA NOVEDOSA: EL ELECTROSHOCK

Tan amplio, y poco efectivo, repertorio de tratamientos cuenta pronto con un aliado que muchos médicos, incluidos los de La Cadellada, se aprestan a calificar como una verdadera panacea de la psiquiatría. En efecto, en febrero de 1941 Fernández solicita la adquisición de un “aparato de electroterapia”, o “convulsador”, fabricado por la empresa alemana Siemens; puede ser el primero o el segundo modelo de la serie denominada *Konvulsator*.²⁸ No es un artefacto como los empleados desde finales del siglo XIX para la aplicación de unas muy básicas terapias basadas en el uso de la electricidad, sino una de las primeras producciones industriales destinada de manera específica a la aplicación de la novedosa técnica del electrochoque, inicialmente orientada al tratamiento de la esquizofrenia. Es un aparato caro, que debe ser enviado desde la Alemania nazi, en plena Segunda Guerra Mundial, y que “puesto en Bilbao” alcanza un precio de seis mil pesetas. La cantidad es ciertamente elevada, pero, como se argumenta en la solicitud, con su adquisición “podrían realizarse algunos tratamientos modernos que permitirían aumentar el número de curaciones y por otra parte disminuiría en gran proporción el consumo de algunas medicaciones de coste elevado, hasta el extremo de que con esta economía se podría amortizar el coste del aparato en poco tiempo”. La respuesta de la administración provincial es rápida y positiva, aprobando la compra en sesión del 8 de marzo.

No cabe duda de que Fernández se ha hecho eco de la nueva tecnología terapéutica con notable celeridad, pues el electrochoque había sido desarrollado por los italianos Ugo Cerletti y Lucio Bini a partir de 1938. Si tenemos en cuenta que en España la primera referencia²⁹ a esta nueva técnica la publica Marco Merenciano, director del Manicomio de Jaén, en 1940³⁰ y que la primera experiencia práctica la da a conocer Prieto Vidal (del Sanatorio de San Luis, en Palencia) un año después,³¹ La Cadellada habría sido igualmente pionera en el desarrollo de esa nueva terapia en España. Desde el momento en que se recibe el *Siemens Konvulsator*, el electrochoque se convierte en un tratamiento habitual en el hospital, fijándose dos días por semana para su aplicación. No queda constancia del procedimiento empleado durante los primeros años, pero Quirós Corujo, que tiene su primer contrato temporal en el centro en 1958, considera “muy probable que hayamos sido el primer hospital psiquiátrico de España en utilizar la succinilcolina como relajante muscular [durante las sesiones de electrochoque], lo que evitaba las convulsiones en los enfermos previamente dormidos con pentotal”.³² Hasta entonces, la corriente eléctrica se administraba sin anestesia ni relajante muscular alguno, lo que provocaba en el paciente unas convulsiones y un sufrimiento extremos. En cualquier caso, y como ocurría en todos los hospitales psiquiátricos contemporáneos, ninguna de las terapias mencionadas (tampoco la electroconvulsiva) permitía “curar” realmente a los pacientes ingresados en La Cadellada. La reducción de la agitación y un cierto control sobre las conductas violentas era lo máximo a lo que se podía aspirar, resultados a los que se sumaba un contexto de dominación aún más notable sobre el enfermo mediante la aplicación, o la mera amenaza de aplicación, del temido electrochoque. Por todo ello, es muy probable que un elevado número de las “altas por curación” que se anotan en las estadísticas de los años 1940 y 1950 responda a la necesidad de vaciar camas o quizás a que no existe enfermedad alguna que tratar, no a un auténtico proceso de sanación o remisión del supuesto trastorno padecido.

PRIMEROS PSICOFÁRMACOS Y NUEVO PACIENTES

Como resulta bien conocido, la situación cambia de forma radical desde mediados de 1950, con el empleo de los primeros psicofármacos. El primer medicamento neuroléptico (antipsicótico) comercializado por la industria farmacéutica es la clorpromazina, en 1952, que se utiliza en La Cadellada desde 1955, bajo la denominación de Largactil.³³ Un año después se emplean ya otras dos “modernas drogas”: la reserpina y el meprobanato, in-

28 AHA, DP, caja 224111/26-6.

29 Ana Conseglieri y Olga Villasante, “Shock Therapies in Spain (1939-1952) after the Civil War: Santa Isabel National Mental Asylum in Leganés”, *History of Psychiatry* 32, 4 (2021): 402-418.

30 Francisco Marco Merenciano y José María Ruis Vivó, “El electroshock en psiquiatría”, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1,3-4 (1940): 193-198.

31 Alfredo Prieto Vidal, “La convulsión eléctrica como tratamiento en psiquiatría (Primeros ensayos)”, *Semana Médica Española* 115, (1941): 592-602.

32 Quirós Corujo, *La asistencia psiquiátrica*, 170. Pedro Quirós Corujo (1933-2021) era hijo de González-Quirós.

33 José Ferrero Fernández, “Historia del Hospital General de Asturias” (Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina, 2005), 119.

troducidas en el mercado en 1954, que se acompañan de un también novedoso fármaco antialucinatorio: el azacyclonol, comercializado en España como Frenquel.³⁴ El uso de estos revolucionarios medicamentos tiene una consecuencia trascendental: mejora de forma notable la calidad de vida de los enfermos diagnosticados de esquizofrenia o psicosis maniaco-depresiva, reduciendo la intensidad y frecuencia de su sintomatología (agresividad, ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado o depresión).

Aunque realmente no curan la esquizofrenia, ni ningún otro trastorno mental, la muy positiva evolución que manifiestan muchos de los enfermos tratados con estos antipsicóticos se interpreta por sus familiares como algo muy cercano a la sanación, y esta es una valoración que se deja notar pronto, y de forma realmente intensa, en La Cadellada y en la psiquiatría hospitalaria a escala global: se dispara la demanda de ingresos y se saturan las instalaciones. Para valorar en su debida forma lo que esto supone en el contexto asturiano, conviene revisar con algún detalle la evolución del número de pacientes ingresados (y fallecidos) en el hospital ovetense entre 1940 y 1965, cuando el centro alcanza el mayor grado de ocupación de toda su historia (Gráf. 4).³⁵

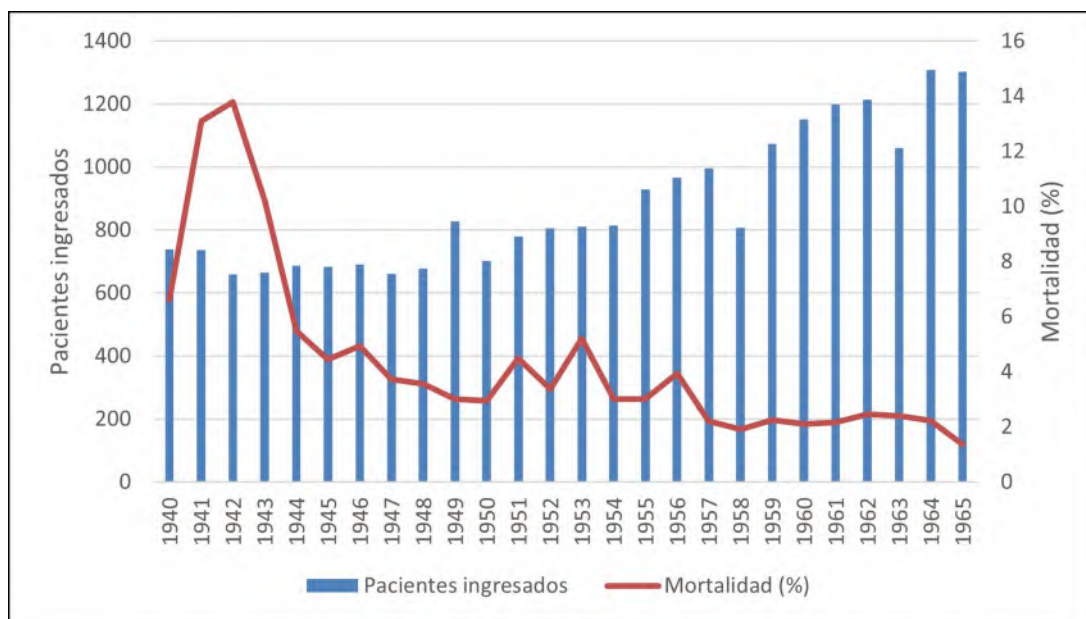


Gráfico 4. Pacientes ingresados a 1 de enero de cada año y mortalidad en La Cadellada, 1940-1965.

Al margen de posibles desajustes contables, es evidente que durante los primeros años 40 el número de pacientes se mantiene relativamente bajo, con una cierta tendencia al descenso. La explicación debemos buscarla quizás en el miedo a hacerse notar y en que la cotidiana lucha por la supervivencia desplaza la atención de la ciudadanía hacia territorios ajenos al hecho de “padecer de los nervios”, que es como suele nombrarse entonces (y tiempo después) la sintomatología asociada a una presunta alteración o trastorno de la salud mental. También cabe pensar que tanto en Oviedo como en el resto de las áreas urbanas asturianas corren noticias sobre las pésimas condiciones en las que se mantiene a los enfermos y, más aún, sobre el elevado número de defunciones que se produce en los años de 1941, 1942 y 1943, que alcanza porcentajes ciertamente escandalosos en la sección masculina.³⁶ Los cambios en las condiciones de vida que se documentan desde finales de 1950, con el desarrollo de una intensa activi-

34 Informe de J. Fernández sobre la actividad de su sección durante 1957, sin fechar (AHA, DP, caja 224346/4).

35 Elaboración propia a partir de la información disponible en el *Anuario Estadístico de España*, con datos relativos al 1 de enero de cada año. Se exceptúan los datos de 1940-43, que proceden de las memorias anuales de la Diputación provincial, citadas por Ferrero (“Historia del Hospital General”, 123-128) y los de 1963-64, que provienen de las estadísticas recogidas en AHA, HP, caja 143097/4 y se refieren al 31 de diciembre de cada año. El porcentaje de fallecidos indicado parece haber sido calculado sobre la cifra total de pacientes ingresados a lo largo del año, no sobre los anotados en la tabla, que refieren los ingresados a principios de cada año y que es siempre un número muy inferior.

36 El expediente abierto a González-Quirós en 1943 tiene como cargo de mayor gravedad la muerte durante esos años de decenas de pacientes de su sección a causa de “inedia parcial”, es decir, por la escasa alimentación recibida.

dad minera e industrial y la concentración de población en áreas concretas de la provincia, contribuyen a que esos presuntos trastornos adquieran mayor visibilidad y notoriedad, dentro y fuera de las familias. Al mismo tiempo, la relativa mejora de la alimentación y de las condiciones de vida en La Cadellada permiten que la sociedad contemple la institución desde una perspectiva algo más positiva. Pero la circunstancia que transforma de manera radical la imagen hasta entonces dominante del hospital psiquiátrico ya la hemos adelantado: desde mediados de 1950, La Cadellada dispone de los primeros psicofármacos que realmente mejoran los síntomas de los trastornos mentales más graves. A partir de entonces, y aunque el estigma del “loco ingresado” no desaparece, la hospitalización del paciente psiquiátrico deja de ser vista como un castigo o una pena de reclusión perpetua. En este renovado contexto, tanto la sincera preocupación por la salud de un familiar como el mero propósito de terminar con los problemas que puede ocasionar el enfermo encuentran en el Hospital Psiquiátrico Provincial el espacio terapéutico que, ahora sí, se considera que puede ofrecer algo muy cercano a la curación.³⁷ Así ocurre al menos entre los familiares de los enfermos, porque lo cierto es que para el resto de la ciudadanía La Cadellada es solo un “mundo de locos” que se evita y se banaliza; el “Leganés asturiano”, como refleja el anuncio en prensa de una película estrenada en 1959 (Fig. 4). En cualquier caso, la demanda asistencial crece y se incrementan de igual forma unos determinados diagnósticos, probablemente relacionados con las dificultades que encuentra parte de la población para lidiar con el complejo entorno de las relaciones interpersonales en una sociedad cambiante. Me refiero de manera especial a los casos de alcoholismo, esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva, diagnósticos mayoritarios desde aquellas fechas, que elevan los ingresos de forma casi exponencial y sitúan a La Cadellada al borde del colapso.



Figura 4. Anuncio de la película El cerro de los locos, dirigida por Agustín Navarro.³⁸

37 Otros factores que inciden en el incremento de pacientes ingresados son los relacionados con la elevación general del nivel de vida y la alteración de los modelos tradicionales de familia, que ya no se muestran dispuestas a aceptar los trastornos que puede ocasionar la atención en el ámbito doméstico del enfermo.

38 *Voluntad* (diario falangista de Gijón), 12 de diciembre de 1959.

“ASPECTO DEPRIMENTE Y CARCELARIO”

Pero que mejore la situación con respecto a lo vivido en la inmediata posguerra y que se disponga ya de las “modernas drogas” antipsicóticas no significa que las instalaciones sean precisamente las adecuadas, no ya para el tratamiento, sino para la mera estancia del elevado número de pacientes ingresados. De hecho, el mismísimo presidente de la Diputación provincial, Ignacio Alonso de Nora, tras una visita realizada el 1 de diciembre de 1955, se manifiesta desagradablemente impresionado por “el aspecto deprimente y carcelario” del centro, lo que le mueve a solicitar a sus responsables médicos una memoria sobre las necesidades y reformas que se deberían proyectar sobre tan relevante institución. Lo más probable es que, efectivamente, la consulta se realizara a sus dos jefes clínicos; sin embargo, solo conocemos la memoria redactada por González-Quirós pocos días después de la visita del presidente al hospital.³⁹ Es un escrito interesante, más centrado en presentar las necesidades de un hospital psiquiátrico moderno que en comentar las carencias de La Cadellada, aunque lo cierto es que finalmente estas salen a relucir. Su autor cita de forma reiterada las recomendaciones hechas por psiquiatras de diferentes países y por la Organización Mundial de la Salud (que había echado a andar solo siete años antes, en 1948), sobre cómo debe organizarse un hospital y cómo ha de atenderse al enfermo mental. Son observaciones sensatas, que denotan cierta empatía con los pacientes y proyectan formas de atención abiertas, vinculadas con el entorno social y familiar del enfermo, que eviten siempre que fuere posible su hospitalización, huyan de la masificación y la cronificación de las estancias y generen un verdadero ambiente de “comunidad terapéutica”. Considera imprescindible disponer de personal técnico y de enfermería especializado, salas específicas para electrodiagnóstico, para la aplicación de terapias (biológicas y químicas) y un “laboratorio de psicología”. Con más reservas que en etapas anteriores, Quirós sigue apostando por la laborterapia agrícola y los talleres, pero ahora otorga mayor relevancia terapéutica a las condiciones en las que transcurre la estancia de los ingresados: se debería disponer de zonas de reposo, deportivas, espacios de recreo y sala de espectáculos, donde incluso pudieran acceder los familiares de los enfermos. Las habitaciones comunes habrían de tener un número muy inferior de camas y contar con un mobiliario básico que permitiera disfrutar de cierta autonomía y un confort básico a los pacientes. La comida debería ser más variada, “para evitar la monotonía y la presentación en forma de rancho carcelario”, renovando cocinas, comedores e incluso la propia vajilla empleada. Y, por supuesto, el hospital tendría que disponer de un adecuado abastecimiento de agua, algo de lo que siempre había carecido. Por último, insiste en que se debe resolver el problema de los enfermos procesados, disponiendo su acceso y alojamiento en un edificio aislado del resto de las dependencias hospitalarias, pues “la presencia de la fuerza pública perturba todo ambiente psicoterápico”. Por cierto, una vez desaparecida su función como campo de concentración en la inmediata posguerra, el número de enfermos procesados ingresados en La Cadellada parece haber sido siempre muy bajo. Apuntemos solo un dato: a mediados de 1951 únicamente hay ocho, siete hombres y una mujer.⁴⁰ Y una última cuestión relacionada con González-Quirós, con lo que ha cambiado en 1950 y con lo que permanece como antaño: al igual que ocurriera en 1936 y de nuevo en 1943, aunque ahora sin expediente disciplinario de por medio, desde la Diputación se advierte al “delegado inspector del Hospital Psiquiátrico” de que “no salgan a trabajar a obras del señor Quirós los enfermos acogidos en el Establecimiento”.⁴¹ Parece que, en efecto, ciertas conductas no se habían modificado.

Pero volvamos a su informe. Aunque de alcance más teórico que práctico, es evidente que todos los recursos y todas las necesidades que refiere González-Quirós en su memoria, propias de un moderno hospital psiquiátrico, no se encuentran disponibles en La Cadellada, o lo están de forma claramente deficitaria. Las buenas intenciones y los avanzados propósitos arquitectónicos y terapéuticos con los que fue diseñado el complejo hospitalario a finales de los años veinte habían quedado por completo arrumbados. Era imprescindible revisar y reconducir el centro. Ese proceso de cambio comienza a gestarse tras el relevo en la presidencia de la Diputación en 1957, con la llegada de José López-Muñiz, y tiene como fin último la radical transformación del centro, del modelo de asistencia psiquiátrica y, en último término, del sistema de Beneficencia y de la Sanidad pública en Asturias.

39 Pedro González-Quirós Isla, *La luz y la llama. Textos del doctor Pedro González-Quirós Isla* (Gijón: GEA, Júcar, 2001), 73-91. No queda constancia literal de las opiniones del presidente. La referencia al “ambiente carcelario” del hospital la recoge el citado escrito de González-Quirós, fechado a 12 de diciembre de 1955.

40 Informe sobre vigilancia de enfermos procesados (AHA, DP, caja 2598/21-2).

41 Acuerdo de la Comisión del Gobierno de la sección de Beneficencia, de 7 de mayo de 1958 (AHA, DP, caja 2598/20-10). Entonces, igual que se denunciaba en 1943, González-Quirós utiliza a determinados enfermos para realizar trabajos en su clínica particular.

HACIA LA REFORMA

Mientras se diseña el proceso de reforma, las instalaciones y ciertos recursos asistenciales del Hospital Psiquiátrico Provincial se renuevan. Empleando en buena medida la mano de obra de los propios enfermos (en una forma de laborterapia más práctica que terapéutica), aunque también con contrataciones externas, durante los años de 1960, 1961 y 1962 se pintan y renuevan los dormitorios, los comedores, la cocina, los servicios higiénicos, la peluquería (con sus “cuatro sillones modernos [...] habrá muy pocas en la Capital que puedan igualarla”, se dice en la memoria de 1961), los accesos y el cierre perimetral. Se mejora el suministro de luz y agua y el servicio telefónico; se reacondicionan los jardines y paseos interiores; se extiende el arbolado con nuevas plantaciones; se amplían los talleres de costura y carpintería; se instala un aguaducho (quiosco de bebidas) para el disfrute de los enfermos y, supuestamente, se mejora la alimentación, tanto en calidad como en cantidad.⁴² También se introducen innovaciones relativas al ocio, dentro y fuera del recinto hospitalario, como las proyecciones de cine o las funciones teatrales y musicales. Y no olvidemos que desde finales de los años 40 el hospital ha incrementado de forma progresiva su plantilla de facultativos: una década después cuenta con dos “Jefes de Sala de Psiquiatría” (González-Quirós y Fernández), dos jefes clínicos (Gerardo Álvarez Uría y Evaristo Martínez-Radio) y cuatro médicos de guardia (José Ramón Tolivar Faes, Luis Eguiburu Castaño, Francisco Alonso Fernández y Santiago Gómez Morán), a quienes se unirán como “médicos internos eventuales”, en 1959, Pedro Quirós Corujo y Gabriel Rodríguez Martínez-Sierra. Aunque no todos los doctores citados permanecen durante todo ese tiempo en el centro, no cabe duda de que concluido 1962 los progresos materiales alcanzados en La Cadellada eran ciertos, visibles y reconocibles (Fig. 5 y 6). No obstante, si algunos pensaban que este era el final del proceso de cambio iniciado cinco años atrás, con el acceso de López-Muñiz a la presidencia de la Diputación, estaban muy equivocados. En realidad, era solo el punto de partida de una transformación estructural mucho más intensa que estaba por venir, que llegaría muy pronto, que pondría “patas arriba” a la institución y supondría la salida del hospital de González-Quirós y Fernández. Desgraciadamente, fue un proceso marcadamente personalista, que se vendría abajo tras el cese de López-Muñiz en septiembre de 1970. La resistencia de los nuevos psiquiatras de La Cadellada –con José Luis Montoya Rico (1932-2005) al frente– ante el proceso de involución, se acabaría materializando en un contexto de lucha que marcaría nuevos rumbos para la psiquiatría hospitalaria en España.



Figura 5. Vista aérea del Hospital Psiquiátrico de La Cadellada desde el suroeste, 21 de septiembre de 1962.⁴³

42 Información tomada de las memorias del Hospital Psiquiátrico Provincial correspondientes a 1961 (biblioteca del AHA, sig. D.P. C 20-001) y 1962 (AHA, DP, caja 11226/2).

43 Institut Cartogràfic i Geològic de Catalunya, Fondo SACE, registro RFSACE.20165.



Figura 6. Vista aérea del Hospital Psiquiátrico de La Cadellada desde el noreste, 21 de septiembre de 1962, con la ciudad de Oviedo al fondo.⁴⁴

CONCLUSIONES

El objetivo del texto que ahora concluimos era mostrar las condiciones en las que se desarrolla la atención a los enfermos de La Cadellada durante el primer franquismo. En este sentido, hemos comprobado que, más allá de los dramáticos episodios que atraviesa el centro (y sus trabajadores) durante la guerra, se documenta una evidente continuidad entre lo acontecido en tiempos de la República y los inicios de la “nueva España” de Franco. Además de por el mantenimiento de la legislación republicana sobre el “enfermo psíquico”, esa continuidad se sustenta en el hecho de que los dos responsables médicos del centro conservan sus puestos de trabajo y en que igualmente se repiten los condicionantes que desde su inauguración entorpecen el buen funcionamiento del hospital: la escasez de personal, los limitados recursos disponibles, la conflictiva relación que mantienen sus dos jefes clínicos y, sobre todo, que ambos continúan dedicando la mayor parte de su jornada laboral a sus respectivas clínicas privadas. Y a todo ello se une la reiteración de conductas reprobables por parte de uno de los psiquiatras, que motivan la apertura de varios expedientes disciplinarios. A pesar de tan negativos condicionantes, también es cierto que en La Cadellada se desarrolla una actividad asistencial no muy diferente a la del resto de hospitales psiquiátricos del país. Incluso se introducen desde fecha temprana los nuevos tratamientos disponibles, como el electroshock y los primeros psicofármacos. Eso sí, la forma en la que Quirós y Fernández entienden la asistencia al enfermo mental y la función del hospital psiquiátrico están muy alejadas de los planteamientos más vanguardistas que se documentan en Europa durante aquellos años. En cualquier caso, es necesario incidir en que el hospital no se convierte tras la guerra en un sórdido almacén de enfermos desatendidos; tampoco en un espacio donde encerrar y torturar a los disidentes políticos, como algún autor ha señalado.⁴⁵ Y, pese a esta última indicación, lo cierto es que todas las circunstancias anotadas mantienen al hospital en una situación de bloqueo, que se agrava a comienzos de los 60 con un notable incremento del número de pacientes. Para reconducir la situación se necesita un cambio radical del modelo asistencial, que trata de poner en marcha el presidente de la Diputación mediada esa misma década.

44 Institut Cartogràfic i Geològic de Catalunya, Fondo SACE, registro RFSACE.20167.

45 Es el caso de Jorge Uría González (*Cultura oficial e ideología en la Asturias franquista: el IDEA*, Oviedo: Universidad de Oviedo, 1984, 92). Con todo, sí sabemos del ingreso de al menos un trabajador detenido por “actividades comunistas” en el contexto de “La Huelgona” minera de 1962 y, una vez más, en 1963. Se denuncia entonces que había sido torturado y luego recluido en La Cadellada. Las protestas de diversos intelectuales se materializan en una carta dirigida al ministro de Información y Turismo, Manuel Fraga, quien responde argumentando que el detenido fue ingresado y diagnosticado de esquizofrenia paranoide por los psiquiatras del hospital (CDE, “Los intelectuales y la represión de las huelgas de Asturias”, *Boletín Informativo* 19, (1963): 2-26).

Su fracaso supone que los problemas del hospital se enquisten e incluso se agraven en los años venideros, aunque también es verdad que las experiencias asistenciales y de lucha vividas en La Cadellada en aquel primero contexto de cambio contribuyen a que la Segunda Reforma, la de los años 80, alcance buena parte de sus objetivos, tanto en el hospital ovetense como en otros centros de atención psiquiátrica en el conjunto del Estado.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los evaluadores anónimos las detalladas anotaciones realizadas en su valoración del artículo, que han permitido mejorarlo y enriquecerlo de forma notable.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El autor de este artículo declara no tener conflictos de intereses financieros, profesionales o personales que pudieran haber influido de manera inapropiada en este trabajo.

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Luis Ángel Sánchez Gómez: Conceptualización, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración de proyecto, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

FUENTES PRIMARIAS Y BIBLIOGRAFÍA

Fuentes primarias

Biblioteca Nacional: Oviedo (Asturias). Edificios singulares destruidos, I [1937], sig. GC-Caja 68/13
Gaceta de Madrid, 7 de julio de 1931
Voluntad (diario falangista de Gijón), 12 de diciembre de 1959

Bibliografía

- Campos, Ricardo y Ángel González de Pablo (coords.). *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo*. Madrid: Catarata, 2016.
- Campos, Ricardo y Ángel González de Pablo (coords.). "Psiquiatría en el primer franquismo: saberes y prácticas para un 'Nuevo Estado'". *Dynamis* 37,1 (2017): 13-21. <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/318870>
- CDE (Centro de Documentación y de Estudios, París). "Los intelectuales y la represión de las huelgas de Asturias". *Boletín Informativo* 19, (1963): 2-26.
- Conseglieri, Ana. "El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales". Tesis doctoral, Universidad Complutense, Facultad de Medicina, Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Historia de la Ciencia, 2014. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/38113>
- Conseglieri, Ana y Olga Villasante. "Shock Therapies in Spain (1939-1952) after the Civil War: Santa Isabel National Mental Asylum in Leganés". *History of Psychiatry* 32, 4 (2021): 402-418. <https://doi.org/10.1177/0957154X21103079>
- Conseglieri, Ana,, Olga Villasante y Paloma Vázquez. "El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. Viejas y nuevas prácticas". En *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo*, coord. por Ricardo Campos y Ángel González de Pablo, 175-204. Madrid: Catarata, 2017.
- Ferrero Fernández, José. "Historia del Hospital General de Asturias". Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina, 2 vols., 2005 [1970] (fotocopia del original inédito).
- García García, José Eloy. "Estertores de un manicomio. Reflexiones de un enfermero sobre los últimos pacientes". *Presencia. Revista de Enfermería de Salud Mental* 2, 3 (2006): s.p.
- García González, José. "Psiquiatría y cambio social. Análisis socio-histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: el caso del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1962-1972)", 2 vols. Tesis doctoral inédita, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, 1979. <http://hdl.handle.net/10481/43236>
- García González, José. "La reforma psiquiátrica en el Principado de Asturias: período 1982-1993". En *La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*, ed. por José García, Antonio Espino y Ladislao Lara, 79-100. Madrid: Díaz de Santos, 1998.
- González-Quirós Isla, Pedro. *La luz y la llama. Textos del doctor Pedro González-Quirós Isla*. Gijón: GEA, Júcar, 2001.
- Huertas, Rafael. "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos". *Frenia* 1,2 (2001): 7-33. <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16361>
- Huertas, Rafael. "El modelo de atención psiquiátrica en el primer franquismo: rupturas y continuidades". En *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo*, coord. por R. Campos y A. González de Pablo, 17-45. Madrid: Catarata, 2016.
- Huertas, Rafael. "En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)". *Dynamis* 37,1 (2017): 23-43. <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/318871>

- Irisarri Vázquez, Fabiola. “José Luis Montoya Rico y las primeras reformas de la asistencia psiquiátrica de beneficencia”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 140, (2021): 303-324. DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352021000200015>
- Marco Merenciano, Francisco y José María Ruis Vivó. “El electroshock en psiquiatría”. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1,3-4 (1940): 193-198.
- Montejo Candosa, Javier. “La Reforma Psiquiátrica y de Salud Mental en Asturias”. En *II Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, 1080-1095. Oviedo: Fundación Signo, 1994. <https://www.fundacionsigno.com/bazar/documentos/gestion-de-costes-y-financiacion/la-reforma-psiquiatrica-y-de-salud-mental-en-asturias-oviedo-1994/view>
- Prieto Vidal, Alfredo. “La convulsión eléctrica como tratamiento en psiquiatría (Primeros ensayos)”. *Semana Médica Española* 115, (1941): 592-602.
- Quirós Corujo, Pedro. *La asistencia psiquiátrica en Asturias*. Oviedo: Real Instituto de Estudios Asturianos, 2018.
- Rubia Barbón, Ángel de la y Pedro de la Rubia Huete. *La fosa de Valdediós*. Gijón: Fundación Municipal de Cultura, Educación y Universidad Popular del Ayuntamiento de Gijón, Museo del Pueblo de Asturias, 2006.
- Secades Fernández, Patricia. “Los conjuntos arquitectónicos y su importante valor patrimonial. La parcela de la Cadellada como elemento dinamizador del entramado urbano”. *Liño. Revista Anual de Historia del Arte* 15, (2009): 127-137. <https://reunido.uniovi.es/index.php/RAHA/article/view/245>
- Tierno Patiño, Raquel. “El Manicomio Nacional de Leganés durante la Segunda República (1931-1936): organización de la asistencia y práctica clínica”. Tesis doctoral, Universidad Complutense, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Historia de la Ciencia, 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/10663>
- Uría González, Jorge. *Cultura oficial e ideología en la Asturias franquista: el IDEA*. Oviedo: Universidad de Oviedo, 1984.
- Vázquez de la Torre Escalera, Paloma. “El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil Española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales”. Tesis doctoral, Universidad Complutense, Facultad de Medicina, Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Historia de la Ciencia, 2013. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/37439>