

El suicidio en la ciudad de Buenos aires : su nacimiento como problema social

Autor:
Otero, Marcelo Víctor

Tutor:
Forte, Miguel Angel

1991

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Historia

Grado

Tesis de Licenciatura en Historia

Título: EL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES:
SU NACIMIENTO COMO PROBLEMA SOCIAL

Presentada por: Marcelo Víctor Otero

Director de tesis: Licenciado Miguel Angel Forte

Carrera de Historia

Facultad de Filosofía y Letras

Universidad de Buenos Aires

1991

EL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: SU NACIMIENTO COMO PROBLEMA SOCIAL.

Introducción	p. 3
I. MARCO TEORICO: EL SUICIDIO COMO PROBLEMA SOCIAL . . .	15
II. EL CONTEXTO: LA NUEVA POBLACION URBANA.	30
III. EL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: UNA EPIDEMIA SOCIAL.	
III.1. El suicidio y las características de las sociedades modernas.	
III.1.1. El suicidio y la "Civilización"	44
III.1.2. El suicidio y la alienación	55
III.1.3. El suicidio y la imitación de los compor- tamientos sociales.	71
III.1.4. El suicidio en la perspectiva de Ramos Me- jía: hacia una nueva consideración del fe- nómeno.	75
III.2. El suicidio como manifestación de conflicto social.	
III.2.1. Una visión crítica de las interpretaciones científicas	80
III.2.2. El suicidio como expresión de un período trau- mático de transición social	86
III.2.3. El suicidio y el vicio.	93
III.3. Hacia el fin de la preocupación por el sui- cidio	102
Conclusiones	124
Anexo: Breve síntesis del contenido de los trabajos sobre el suicidio entre 1910 y 1940	128
Bibliografía	136

Introducción:

Entre los años 1880 y 1910 se suscitó en algunos medios científicos de la ciudad de Buenos Aires la preocupación en torno de un comportamiento social que comenzaba a presentar algunas características alarmantes: el suicidio.

Los primeros en realizar una lectura científica del fenómeno y de interpretar su preocupante incremento fueron algunos médicos miembros del Círculo Médico Argentino, quienes dieron comienzo a un debate, tanto en cuanto a la interpretación del suicidio como a las posibilidades y a las formas de controlarlo.

El objeto de este trabajo será analizar las diferentes perspectivas y enfoques que surgieron entre los científicos argentinos que se interesaron en el suicidio, en un momento en el que se publicaron importantes producciones intelectuales sobre el mismo, sobre todo en Francia. En 1895 Emile Durkheim publicó su trabajo "El suicidio", mientras que en la ciudad de Buenos Aires los intelectuales argentinos exploraban líneas interpretativas del fenómeno cercanas a la perspectiva del autor francés, sin conocerlo.

Se pondrá especial atención, en este trabajo, a las relaciones entre las interpretaciones científicas de los suicidios y el proceso de redefinición de las fronteras de los campos que agrupan a los comportamientos considerados normales o patológicos, proceso en el que las ciencias modernas tuvieron un protagonismo decisivo al mostrar su constante preocupación por adecuar antiguos y nuevos comportamientos con las exigencias que impusieron las rápidas y traumáticas transformaciones que vivió la sociedad hacia fines del siglo pasado.

Si bien se pondrán de manifiesto las constantes "filtraciones moralizantes" que atraviesan el discurso científico sobre el suicidio en sus diferentes perspectivas (higienistas, alienistas, de la medicina social, etc.) y que se traducen en sesgos clasistas y exclusivistas en el análisis, o en la presencia a veces obsesiva de fenómenos como la locura o el alcoholismo que a menudo distorsionan la interpretación del suicidio, es muy importante remarcar que el conjunto de "transformaciones morales" que se impulsaron desde los últimos avances de las ciencias y a menudo en colaboración con los poderes públicos, se hicieron decididamente contra todo aquello que se consideró como prejuicio o tradición que entorpecía la marcha de la Civilización y combatiendo abiertamente y sin eufemismos a los poderes eclesiásticos, ya sea desde la ciencia o desde ejemplos concretos de progreso, hecho singular en la historia argentina.

En términos generales, el fenómeno del suicidio, así como la preocupación por interpretarlo, no parece admitir límites geográficos, culturales, ni cronológicos.¹ Los análisis de casos célebres atrajeron la mirada de poetas, moralistas, juristas, teólogos y filósofos, sin embargo la palabra "suicidio" es relativamente moderna. Proviene del latín sui (sí mismo) y cidium (muerte, del verbo caedere : matar) y aparece hacia fines del siglo XVIII, momento en el que reemplaza a la expresión "sui homicidium" que significa homicidio de sí mismo.² El cambio en la denominación de este comportamiento, de "homicidio de sí mismo" a "muerte de sí mismo" acompañó a un proceso de cambio en la interpretación del suicidio, que junto con otros comportamientos comenzó a verse menos como

un delito que como una enfermedad o expresión de una enfermedad.

Así antiguas conductas consideradas delictivas comienzan a vislumbrarse como enfermedades, un cambio de status que incluirá al suicidio entre los nuevos comportamientos "medicalizados".³

En esta nueva relectura del fenómeno será la psiquiatría la disciplina que relacionará en forma sistemática al suicidio con la alienación a través de los trabajos de Esquirol, en 1838; cuarenta años más tarde Masaryk afirmó que la causa del incremento del porcentaje social de suicidios se debía a los "efectos" de la civilización moderna y a la declinación del espíritu religioso.⁴ Recién diecinueve años después Emile Durkheim, publica su trabajo "El suicidio", clara expresión del interés que existía en los medios científicos europeos por el aumento de los porcentajes sociales de los suicidios.

La preocupación por el aumento de los suicidios se instaló en la ciudad de Buenos Aires prácticamente en forma contemporánea.

Así fue en 1884 cuando se caracterizó a la práctica del suicidio como una epidemia social en un debate desatado en el interior de Círculo Médico Argentino.⁵ Lo que pareció constituir el objeto de alarma tanto de los estudios locales como de los extranjeros, no fue la existencia de suicidios, ya que comenzaba a considerarse como un dato estructural, en especial de las sociedades modernas (así como los crímenes, o en las sociedades actuales los accidentes de tránsito), sino su anormal incremento.⁶ Los datos estadísticos disponibles nos permiten concluir que la preocupación en torno de la práctica del suicidio registrada en la ciudad de Buenos Aires, entre 1884 y 1910, está "estadísticamente

justificada"⁷. Esto es, si se toma el período que va desde que se comienzan a recoger datos, en 1880,⁸ hasta las últimas cifras disponibles en 1985,⁹ se observa que en sólo dos ocasiones la evolución de la tasa de suicidios (número de casos por cada 100.000 habitantes) cobra una tendencia claramente ascendente. El primer período -1880/1910- (lapso en el que está centrado este trabajo) es el que registra tasas más altas; el segundo período se extiende desde mediados de 1930 hasta mediados de 1932¹⁰ con tasas significativas. Nunca en lo sucesivo se volvieron a registrar tasas semejantes, especialmente las del primer período considerado crítico. Esta impresión se refuerza por el hecho de que los especialistas consideran a las estadísticas más antiguas como subvaluadas, entonces susceptibles de ser corregidas, con lo que aumentarían los porcentajes sociales. Sin embargo salvo estos dos períodos considerados críticos, en la ciudad de Buenos Aires se registra un moderado pero sostenido descenso a lo largo de todo el período, acompañado por importantes cambios en los índices de masculinidad, en las edades promedios de los suicidas y en las modalidades elegidas de autoeliminación.¹¹

La Argentina es uno de los países que ostenta tasas de suicidios significativamente altas, incluso en determinados períodos se encontró a la cabeza de las cifras mundiales.¹² Pese a la aparente importancia cuantitativa, al menos, del fenómeno del suicidio, se le ha prestado escasa atención tanto desde las perspectivas sociológicas como históricas. En cambio la mayor cantidad de producciones referidas al suicidio provienen del psicoanálisis, la psicología, la psiquiatría, la medicina legal, la epidemiología, entre otras disciplinas.¹³ De todas

maneras, la mayor parte de estas producciones son, o predominantemente teóricas o predominantemente descriptivas, y son pocos los que intentan relacionar la práctica del suicidio con procesos sociales concretos. Otra dificultad reside en que rara vez se intenta abordar el estudio del suicidio por períodos largos que permitan observar la variación del fenómeno en el tiempo; además la información estadística resulta muchas veces contradictoria o confeccionada bajo criterios diferentes, cuando estos aparecen explicitados en los trabajos.

El suicidio es un comportamiento social que se asocia frecuentemente con períodos y procesos en los que la desorientación, la desintegración, la decadencia o la frustración parecen caracterizar a diversos grupos sociales cuyos valores y visiones del mundo que orientan las expectativas, los sentimientos, los intereses y los comportamientos de los individuos, comienzan a evidenciar su incapacidad para organizar y construir el significado de la vida. Es fundamentalmente en la segunda mitad del siglo XIX y en las sociedades urbanas industrializadas europeas o en vías de industrialización, en donde la preocupación por el suicidio se torna institucional, se convierte en una preocupación no sólo de las disciplinas científicas y de los intelectuales sino también de los estados. Sin embargo la forma que comienza a adquirir esta preocupación se inscribe en un movimiento mucho más amplio, que se orienta a establecer sobre las poblaciones urbanas de la época, una serie de dispositivos que tienen como objetivo explícito "propender al mejoramiento físico y moral" de la población¹⁴. Se observa en esta preocupación por la salud de la población una revalorización de la misma como bien económico a preservar, y simultáneamente la intención, a veces explícita, de disciplinar los comportamientos sociales que se perciben y se definen

como desviados de la acción moderadora y reguladora de un sistema de normas que, sin embargo, todavía está en vías de construirse.

Esta "preocupación" por la salud física y moral de la población en general y por el suicidio en particular se hizo presente en la ciudad de Buenos Aires hacia el último cuarto del siglo XIX, lapso en el que se registran transformaciones decisivas en el espacio urbano.

Significativamente, hacia el final del período que se analizará en este trabajo, en mayo de 1910 la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, publica, bajo la dirección de los doctores Horacio Madero y José Penna, una exhaustiva descripción de todos los emprendimientos realizados en la ciudad para: "constituir un sistema sanitario urbano, digno de ser señalado como factor institucional de cultura y progreso"¹⁵. Este extenso y detallado balance de los esfuerzos de las sucesivas administraciones, instituciones, disciplinas científicas, intelectuales y personal especializado, pone de manifiesto una nueva consideración de la población urbana y evidencia su constitución en blanco privilegiado de la profilaxis física y moral.

En todo el despliegue de la Higiene Administrativa pública y privada sobre la población muchos comportamientos fueron puestos bajo la lupa de la "mirada médica" institucional que los analizó, muchas veces con minuciosidad, los evaluó y dispuso o recomendó, eventualmente, algún tipo de intervención correctiva sobre el "cuerpo social". El suicidio fue uno de esos comportamientos analizados e incorporados al campo de los comportamientos patológicos.

La nueva lectura que de los comportamientos sociales se realizó para

definir la frontera entre lo normal y lo patológico, y en definitiva para diseñar el nuevo perfil que el conflicto social iba adoptando, se hacía en permanente confrontación con los criterios eclesiásticos y las instituciones religiosas que se habían encargado tradicionalmente de establecer los modelos morales de comportamiento.¹⁶ En este sentido, el proceso de secularización¹⁷ significó una verdadera cruzada por modernizar todo un conjunto de comportamientos y prácticas consideradas tradicionales y hasta reaccionarias que entorpecían el proceso de Civilización y frenaban el Progreso. También significó en la práctica una transferencia de funciones de control e intervención social de unas instituciones a otras y además una redefinición de las áreas de competencia de cada una de ellas, cada vez más amplias e imprecisas. La tarea de reconstruir "medios morales" adecuados al grado de civilización y cultura alcanzados, allí donde el conflicto social indicaba la inexistencia o inadecuación de un poder moral que regulara los comportamientos, se hacía desde un lugar privilegiado que legitimaba la profilaxis física y moral. En este sentido Wilde se interrogaba: "¿Puede admitirse que los ritos, las prácticas religiosas o las reglas de las comunidades se sobrepongan a los dictados de la razón y de la ciencia?",¹⁸ y más de veinticinco años después Ingenieros se quejaba de "tantos burgueses conservadores y clericales vergonzantes que ponen obstáculos al progreso, producto de una peculiar mezcla de misticismo e intereses".¹⁹

Si bien el proceso de secularización encuentra antecedentes desde la misma Revolución de Mayo, es hacia el último cuarto del siglo pasado, junto con la vertiginosa transformación de la ciudad, cuando adquiere toda su virulencia y actualiza todo su potencial transformador.

La "mirada" de la ciencia y la razón, con la asistencia de los poderes públicos, se focaliza sobre la educación, el matrimonio, las enfermedades infectocontagiosas, la higiene del trabajo, la salud materno infantil, el tabaquismo, el alcoholismo, la prostitución, la locura, la criminalidad, entre muchas otras prácticas y comportamientos.

El suicidio también atrajo sobre sí la "mirada" de la ciencia hacia fines del siglo pasado, adquiriendo estatus de "problema social". Fueron los "médicos" los primeros en dar relevancia al fenómeno, en interpretarlo, en medirlo, en intentar controlar su rápido incremento, abordándolo originalmente desde diferentes perspectivas.

Notas:

1. Para una panorámica satisfactoria de los múltiples enfoques que ha tenido el fenómeno del suicidio, tanto a través del tiempo como en diferentes culturas y civilizaciones, véase J. Estruch y S. Cardús Los suicidios, Barcelona, Ed. Herder, 1982.

2. S.A, Guzzo, El suicidio: definición y psicodinamismo, Buenos Aires. Revista de Psicoanálisis, vol.39. 1982, p. 178.

3. A. Fahmy Abdou, Le consentement de la victime, París, Librairie générale de droit et de jurisprudence R. Pichon et R. Durand-Auzias, 1971, p 300.

4. S.A, Guzzo op. cit. p. 178.

5. S. Gache, Patogenia del suicidio en Buenos Aires, Buenos Aires, Anales del Círculo Médico Argentino, vol.7, p.549.

6. E. Durkheim, Las Reglas del Método Sociológico, Madrid, Ed. Hyspamérica, 3ª edición sobre la 18ª francesa (P. U. F.), tr. L. E. Echevarría Rivera 1982, p. 93.

7. Si bien los datos de que disponemos avalarían algunas de las preocupaciones que motivaron los trabajos y debates sobre el suicidio con características alarmistas desde fines del siglo pasado hasta principios del actual no es objeto de este trabajo correlacionar los primeros discursos locales sobre el suicidio con las conclusiones que puedan extraerse de las estadísticas. Fundamentalmente porque deberían ser objeto de otro trabajo que no sólo problematizara la validez y confiabilidad de las mismas, sino también el sentido mismo de cuantificar algunas prácticas o fenómenos sociales.

8. En 1881 se realiza la primer estadística elaborada por Juan Al-
maza, practicante de la sala de autopsias de la Policía de Capital, ver Anales

del Círculo Médico Argentino, vol. 7, p. 564.

9. El Ministerio de Salud y Acción Social cuenta con cifras hasta el año 1985, ver F. Alvarez y M. Kornberg, El suicidio en Buenos Aires, ponencia para el XXVIIº Congreso Latinoamericano de Sociología, 1988, p. 12.

10. J. Bafico, Del suicidio, Buenos Aires La Semana Médica, vol. 2 julio de 1934, p. 159, y H. Piñero, El suicidio en la ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires Revista de Psiquiatría y Criminología, t. IV, junio de 1939, p. 393

11. Desde 1933 hasta 1983 la tasa de suicidios (Nº de suicidios por cada 100.000 habitantes) ha descendido un 46,4% en la ciudad de Buenos Aires. También descendió la tasa de masculinidad, en 1933 el 74% de los suicidas eran hombres en 1983 sólo el 59% de los suicidas fueron hombres, obviamente ascendió la tasa de suicidios femeninos en forma proporcional, además los valores tomados son relativos a la composición por sexo de la población. La edad mediana de los suicidas en 1933 era de 36 años, en 1983 es de 56 años; y por último se registra en 1983 una concentración en la utilización de medios violentos de eliminación (armas de fuego y precipitación) en detrimento de otras formas pasivas (intoxicaciones). Ver A. Pellícarí y R. Chevarlzk, El suicidio en la ciudad de Buenos Aires: un estudio médico legal y estadístico 1933-1983, Buenos Aires mimeo en Biblioteca de la Policía Federal, 1983.

12. F. Alvarez y M. Kornberg. op. cit. p. 2.

13. N. Yampey, El suicidio en Buenos Aires, Buenos Aires, en La Fascinación de la muerte, Ed. Paidós, 1979. p. 13.

14. M. Foucault, La gubernamentalidad, Madrid, en Espacios de poder, Las ediciones de La Piqueta, 1985, pp. 9-26.

15. H. Madero y J. Penna, Higiene Administrativa Pública, Buenos Aires, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, 1910, p. 131.

16. Ver H. Recalde, La Iglesia y la cuestión social, Buenos Aires, CEAL, 1985, Matrimonio civil y Divorcio, Buenos Aires, CEAL, 1986, El Primer Congreso Pedagógico, Buenos Aires, CEAL, 1987, e Higiene Pública y secularización, Buenos Aires, CEAL, 1989.

17. Siguiendo a E. Durkheim, el proceso de secularización de las sociedades se caracteriza por el retroceso del antiguo sistema de poderes morales (la religión) que tuvo por función regular y disciplinar los comportamientos sociales, debido a su incapacidad de seguir ejerciendo dicha función a consecuencia de los procesos de cambios que sufrieron las sociedades europeas en el siglo XIX sobre todo la gran diferenciación social producida en el mundo de la industria y el comercio. En el marco de este proceso las ciencias sociales podían contribuir al proceso de creación nuevos controles sociales más adecuados a las características de las sociedades modernas, y a la eliminación de los antiguos que no hacían más que entorpecer la natural evolución de las sociedades. Para un análisis más extenso véase, E. Durkheim, El suicidio, Madrid, Ed. Akal, tr. Lorenzo Díaz Sanchez, 1982, pp. 272 y 273.

18. E. Wilde, Curso de Higiene Pública, Buenos Aires, 1878, p. 298, en H. Recalde, Higiene y Secularización, Buenos Aires, CEAL, 1989, p.6.

19. J. Ingenieros, Colaboraciones a la Nación sobre el V Congreso de Psicología de 1905, Buenos Aires, Rev. Todo es Historia Nº 173, oct. 1981, p.57.

I. MARCO TEORICO: EL SUICIDIO COMO PROBLEMA SOCIAL.

La constitución de un fenómeno social en "problema", en este caso el suicidio, es un proceso social y cultural complejo.

Algunos autores consideran que el suicidio no es un problema sino una solución aportada para resolver una situación conflictiva. Desde el punto de vista del actor individual, del individuo que se autoelimina, el suicidio representa una solución, mágica, desviada o real.¹ Si prescindimos del punto de vista del actor individual, el hombre concreto que se mata, vemos que el problema del suicidio más que plantearsele a éste, se le plantea al resto, la mayoría "normal" que no se mata.

Si por un momento invertimos el planteo natural e ingenuo del problema del suicidio, es decir, el que nos indica que es normal que un individuo no se mate y que es anormal que sí lo haga, y nos preguntamos por qué la mayoría de los individuos no se suicida veremos que la respuesta no es obvia ni natural. Según la opinión de Bourdieu, si la respuesta a este interrogante nos parece obvia es:

"porque estamos siempre atrapados en mayor o menor medida, en alguno de los juegos sociales que nos son ofrecidos por los diferentes campos sociales, en los que constantemente nos involucramos, y así no nos viene al pensamiento preguntarnos por qué hay acción y no nada, lo que, al menos que se suponga una propensión natural al trabajo o a la acción social, de ningún modo cae de su peso".²

Entonces, al menos para las ciencias sociales, debería constituir un problema el explicar tanto por qué un individuo se elimina, como por qué la mayoría no lo hace. Tanto sea un campo social - la universidad, la empresa, la familia - o el conjunto de campos que componen una sociedad, sólo pueden funcionar si en-

cuentran individuos socialmente preparados para encontrarle sentido a las actividades que se despliegan en dichos campos, en otras palabras, como señala Bourdieu, para jugar sus juegos sociales. Sólo así puede tornarse natural el despliegue de la acción social y tornarse excepcional la pregunta por el sentido de los juegos sociales en los que los individuos inevitablemente se involucran. Debe existir, según Bourdieu, una relación de complicidad estructural entre el "habitus"-la preparación social y cultural incorporada por el individuo- y el "campus"-los complejos reales en los cuales va a actuar social y culturalmente- que posibilite una natural adhesión al juego social, a través de la cual se construye el sentido de la acción social. Este es el sentido que Durkheim le da a su expresión "la sociedad es Dios", o como dice Bourdieu "Dios no es otra cosa que la sociedad", pues sólo en ella se construye el sentido de la acción, es decir aquello por lo que "vale la pena vivir", aquello que puede ser significativo para algunos individuos y no para otros, aquello que puede ser soportable para algunos y no para otros. Entonces, el cuestionamiento o puesta en duda de las razones y justificaciones construidas social y culturalmente del sentido de la acción social o de la significación de la vida, es un cuestionamiento a la Sociedad.

De todos modos, el constatar que un comportamiento es cuestionador de alguno o algunos aspectos de una sociedad o de un grupo, no explica el hecho de que sea "visto" como problemático y se convierta en blanco de algún tipo de sanción social. Durkheim considera un comportamiento delictivo o criminal a "todo acto que, en un grado cualquiera determina contra su autor esa reacción caracte-

rística que se llama pena"³. Entonces es la reacción social, la sanción a determinado comportamiento lo que convierte a un acto ya sea en desviado o criminal; por eso Durkheim considera que la única característica común a todas las transgresiones sociales es "que son reprobadas por los miembros de cada sociedad"⁴. En tal sentido un comportamiento social no es reprobado porque es criminal, sino que es criminal porque es reprobado.

La reprobación, sanción o pena, tendrá diferentes grados de intensidad y diferentes maneras de manifestarse, desde las prescripciones cristalizadas en el derecho penal, hasta la simple burla o el desprecio; es decir, la represión puede canalizarse a través de instituciones específicamente encargadas de ello o de manera informal. Este proceso de reprobación no guarda relación, siempre según Durkheim, con el perjuicio que el acto sancionado pueda causar a la sociedad (o grupo social) que lo reprueba, porque "en el derecho penal de los pueblos más civilizados el homicidio es considerado como el más grande de los crímenes. Sin embargo una jugada de bolsa, una crisis económica, una quiebra puede desorganizar mucho más grandemente el cuerpo social que un homicidio aislado pero ¿qué significa un hombre menos en la sociedad?".⁵

Durkheim considera que los diferentes grados de intensidad con que se sanciona a un comportamiento determinado, sólo nos indican el tipo de normas sociales transgredidas, que traducen conjuntos de creencias y sentimientos colectivos de diferentes intensidades. Habrá entonces una compleja red de normas y regulaciones sociales que corresponderán a estados más fuertes y precisos en la conciencia social o a estados más débiles y fluctuantes. El acto será consi-

derado criminal o transgresor porque cuestiona (hasta ofende o ultraja) ciertas reglas morales y no cuestiona ciertas reglas morales por ser criminal. El proceso de condena, patologización, culpabilización y hasta represión social de determinados comportamientos, es un proceso social vinculado con las regulaciones morales vigentes, que tiende a redefinirse cuando se producen cambios en estas regulaciones. Es decir, si se redefinen los contornos de lo patológico es porque se están operando modificaciones en las reglas morales de un grupo social.

¿Qué función tendrá entonces este proceso de definición de comportamientos, como criminales, o patológicos?. Siguiendo a Durkheim, el castigo, la pena (en sus múltiples gradaciones y formas), no busca reformar los códigos morales de los individuos que cometen actos desviados. Tampoco tiene la función principal de disuadir a potenciales transgresores "propensos" a violar alguna regla moral, sino "el castigo está destinado, sobretodo, a actuar sobre gentes honradas"⁶. Porque a través del castigo de la desviación se reafirma la visión del mundo de la "mayoría normal", se cohesionan e integran los individuos al revivificar, a través del ritual del castigo, el conjunto de normas comunes, que en última instancia, según Durkheim, dan el carácter de tal a un grupo social. Para este autor una sociedad (o grupo social) es sobretodo una comunidad moral. Si hay sociedad, habrá definición de conductas criminales o desviadas, pues estas últimas se definen en función de las reglas colectivas de la comunidad. Entonces, "si hay un hecho cuyo carácter patológico parece indiscutible, ese hecho es el delito"⁷, pero a su vez, "no hay una sola sociedad en la que no haya criminalidad. Esta cambia de forma, los actos así calificados no

son siempre los mismos, pero en todos los sitios y siempre ha habido hombres que se conducían de forma que atraían sobre ellos la represión penal”⁸. La existencia transgresora del crimen -siempre en determinado porcentaje social- es un hecho normal, y además positivo ya que contribuye “al natural proceso de evolución de las sociedades”. La existencia del delito es “un factor de salud pública”⁹, e inclusive según Durkheim “cuántas veces el delito no es más que la anticipación de la moral futura, un encaminarse a lo que ha de venir”¹⁰. Crimen y castigo, transgresión y regulación social, son procesos estrechadamente vinculados. Entonces cuando vemos incorporarse nuevos comportamientos, nuevos hechos sociales al campo de lo patológico, es que también se están redefiniendo las regulaciones morales normales.

Ahora bien, si la existencia del crimen es un hecho de la sociología normal, sólo lo es dentro de determinado porcentaje social, pues “cada sociedad tiene una aptitud definida para el suicidio (y para el crimen en general). Se mide la intensidad relativa de esa aptitud comparando la cifra global de muertes voluntarias y la población de toda edad y sexo”¹¹. Si el porcentaje social de suicidios o de otro tipo de transgresiones sociales, se alteran de manera significativa (crezca o disminuya) ya no nos encontramos frente a un hecho de la sociología normal. La variación de los índices de crímenes y suicidios, así como el incremento de los conflictos sociales, nos indican algún tipo de inadecuación en las regulaciones sociales vigentes que no logran orientar los comportamientos sociales. Durkheim estudió este fenómeno en varios países europeos hacia el último cuarto del siglo pasado. En primer lugar le otorga una influencia muy restringida a lo que denomina factores extrasociales : las dis-

posiciones orgánico-psicológicas y la naturaleza del medio físico¹². El suicidio, o mejor dicho la variación de su tasa, es un fenómeno social que debe ser estudiado en términos sociales. Los análisis de casos individuales sólo explican esos casos pero no el comportamiento del fenómeno en un grupo social, por eso Durkheim excluirá la psicopatología como herramienta teórica, inclusive "en muchos países donde hay más locos hay menos suicidios"¹³. Tampoco se registra una relación de causalidad entre el consumo de alcohol y los suicidios¹⁴. Además, otros poderosos factores explicativos de toda clase de patologías sociales, como fueron la raza y la herencia en la segunda mitad del siglo XIX, son excluidos por Durkheim como influencias significativas en el comportamiento de los suicidios.¹⁵

La imitación, mecanismo social frecuentemente invocado por las perspectivas psicológicas contemporáneas a Durkheim, llegándose a solicitar a los gobiernos la prohibición de la difusión periodística de las crónicas sobre suicidios y crímenes, es para éste un mecanismo sobrevalorado que no modifica en lo esencial el estado moral de los grupos¹⁶. Por lo tanto, en el caso concreto del estudio de Durkheim, el aumento de las tasas de suicidios es un hecho social y debe ser explicado por otros hechos sociales. ¿Cuáles son ellos? : la sociedad -que para Durkheim es sobretodo una *comunidad* moral- no es solamente un objeto que atraiga con una intensidad desigual los sentimientos y la actividad de los individuos; es también un poder que los regula. Existe una relación entre la manera de ejercer esa acción reguladora y el porcentaje social de los suicidios.¹⁷ Esta acción reguladora puede verse debilitada en ciertos períodos y perder así efectividad en la regulación de las actividades y sentimientos de los indivi-

duos. A este vacío moral, o carencia de normas sociales adecuadas o estado de irreglamentación social, lo denomina "anomia". En el último cuarto del siglo XIX la familia, la iglesia, y aún el estado, le parecían insuficientes, pero sobre todo inadecuados, para regular los nuevos comportamientos que surgían esencialmente de las vertiginosas y profundas transformaciones producidas en las grandes urbes, especialmente las "tendencias de la industria moderna y la extrema división del trabajo"¹⁸. El vacío moral o el estado de irreglamentación social en algunos sectores de la sociedad o en algunos grupos sociales nos explica el que algunos comportamientos, que escapan a la acción moderadora de la norma, evidencian que la complicidad estructural que Bourdieu señala entre el habitus y el campo, comienza a tener dificultades para lograr la "natural adhesión a los juegos sociales", o, en otras palabras, para disciplinar a los actores sociales cada vez menos semejantes. Así en algunos períodos o situaciones, los campos sociales pueden sufrir transformaciones tan rápidas o tan radicales que los habitus internalizados por los individuos en cada grupo y en cada sector social se tornan inadecuados para involucrarse en los juegos sociales propuestos, con lo que el significado de los renovados campos no puede ser interpretado por los individuos sin conflicto. En estos períodos críticos, que Durkheim denomina estados de anomia, es en los que predomina un tipo específico de suicidio. Dice Durkheim:

"cuando un fallo o dislocación de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida. Esto puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis económicas; de factores personales como una rápida movi-

lidad social; o de cambios rápidos en la estructura social, como los relacionados con la industrialización de los países subdesarrollados que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos ¹⁹

Es en las grandes ciudades, y sobre todo en el mundo del comercio y la industria, donde el proceso económico y la incesante división del trabajo social han desnudado como inadecuados a los poderes morales que tenían por función disciplinar las relaciones sociales.²⁰ El nuevo contorno que comienza a adoptar el conflicto social se relaciona fundamentalmente con la irreglamentación (carencia de normas adecuadas o medios morales) existente sobretudo en la vida económica; antes "estaba la religión, cuya influencia se hacía sentir lo mismo sobre los obreros que sobre los patronos, sobre los pobres que sobre los ricos. Consolaba a los primeros y les enseñaba a contentarse con su suerte y moderaba a los segundos."²¹ Es necesario, entonces, crear nuevas y adecuadas regulaciones sociales funcionales con "la Marcha de la Civilización", construir medios morales que regulen las expectativas de los individuos exacerbadas por la exuberancia de la civilización material, incluso una nueva significación de la vida, una nueva visión del mundo, ya que "la religión ha perdido gran parte de su imperio".²²

Para Durkheim existían, hacia el último cuarto del siglo XIX, dos modelos de resolución de la crisis que considera extremos. Tanto el liberalismo como el socialismo proponen modelos inadecuados. El primero sólo quiere instituir normas que garanticen los contratos individuales, sin advertir que la propia práctica contractualista es también producto de un orden moral que debe ser perfeccionado; por otro lado los socialistas reclaman "la vinculación de todas las funciones económicas o de algunas de ellas, que son actualmente difusas, a

los centros directores y conscientes de la sociedad"; pero éstos últimos no tienen ni el conocimiento, ni la capacidad para acceder a algunas zonas de la sociedad civil muy complejas, especializadas y de muy reciente formación, por eso serían incapaces de reglamentarlas. El proceso de construcción y reconstrucción de un poder moral que regule los comportamientos sociales, cada vez más disímiles, que van conformando el perfil del nuevo contorno del conflicto social, debe ser tan especializado como lo son las actividades y sentimientos de los individuos en las sociedades revolucionadas por el progreso. El proceso de secularización, es decir, la paulatina decadencia e ineficacia de las formas tradicionales de control social, tenía otra cara expresada en los intentos de construcción de un nuevo sistema de regularizaciones sociales que contemplara el grado de civilización y cultura que alcanzaron las sociedades. Este proceso se tradujo en la práctica en una transferencia y creación de funciones de control y gobierno de unas instituciones a otras, que implicó un enfrentamiento por la redefinición de las antiguas y nuevas áreas de intervención y por la delimitación de las competencias entre las antiguas y nuevas disciplinas.

Según Durkheim, este proceso de secularización, no es un simple traspaso de manos de antiguas funciones de control a instituciones y disciplinas más adecuadas y competentes con el grado de civilización y cultura alcanzado por el cuerpo social. Es también un proceso de creación de nuevos comportamientos sociales. Porque como veíamos más arriba es a través de la redefinición de las áreas de lo patológico como se redefinen también las regulaciones sociales consideradas normales. En el proceso de redefinición que se produce del contorno del conflicto social, incorporando comportamientos antes no considerados problemáticos y excluyendo otros, se reconstruye una nueva red de regulaciones

morales que orienten las actividades, sentimientos y expectativas de los individuos, revolucionadas por "la presencia de la Civilización". Durkheim plantea la necesidad, no sólo de redefinir una red de normas sociales que se mostraban inadecuadas, sino crearlas allí donde parece imperar la irreglamentación y el conflicto,

Es decir, el instituir nuevos controles, nuevas regulaciones, es un proceso de intento de creación de una nueva moralidad social, siempre en interacción con las efectivas transgresiones y resistencias a dichos procesos de regulación de comportamientos. Pero debido a la complejidad que han alcanzado las sociedades, a las múltiples especializaciones que existen en las actividades sociales, tendrá que ser tarea de especialistas la institución de reglas sociales y así "tratar los hechos de la vida moral con arreglo a los métodos de las ciencias positivas"²⁴. Ni las doctrinas éticas ni las religiosas, ni la libre concurrencia de los individuos, solucionarán los problemas de las sociedades actuales (altas tasas de crímenes, suicidios, enfrentamientos en el mundo del trabajo); tan sólo "la ciencia puede ayudarnos a encontrar el sentido en el que debemos orientar nuestra conducta"²⁵.

En la ciudad de Buenos Aires durante la etapa colonial "el control eclesiástico abarcaba todos los aspectos de la vida personal y social, pública y privada"²⁶, combinando consenso y represión la iglesia estaba presente a lo largo de toda la vida concreta de los hombres desde la cuna al sepulcro. Sin embargo hacia el último cuarto del siglo XIX no se ponía en discusión la necesidad de controlar todos los aspectos de la "vida personal y social" de los hombres, sino y sobretudo, quiénes debían ejercer ese control, cómo debía hacerse y desde

dónde.

Si bien es cierto que desde la Revolución de Mayo encontramos cuestionamientos concretos y propuestas de reemplazo a muchas prácticas e instituciones consideradas tradicionales y a sus áreas de competencia, es en las postrimerías del siglo pasado cuando, junto con la transformación de la ciudad en una moderna urbe y con el desarrollo y prestigio alcanzado por las disciplinas científicas cuando se despliega todo el potencial transformador sobre el cuerpo social urbano .

En Buenos Aires los médicos tendrán un lugar protagónico en estos procesos de secularización y de reorientación de las conductas, al reclamar, para y desde su órbita profesional, el cuidado de la salud moral y física de la población, llegándose a identificar secularización con modernización. Se intensificó, entonces, de manera notable, el choque entre las pautas sanitarias seculares y científicas y los criterios eclesiásticos tradicionales en esas materias. Determinar cuál era el estado de salud moral y física de una población corresponderá a la ciencia, también la metodología y los límites que tendrá la acción de la misma²⁷ y seguirá vigente la preocupación por "vigilar todo el terreno en el que ha de ejecutarse el desenvolvimiento social"²⁸. El cuidado de la salud física y moral de la población será entonces jurisdicción y responsabilidad de las disciplinas científicas en colaboración, muchas veces, con los poderes públicos.

El registro civil de los nacimientos y las muertes, de los matrimonios, el control público de la educación, de las enfermedades, etc., incluirá la condena y, en algunos casos, la ridiculización de los rituales que acompaña-

ban a las prácticas. Desde la inconveniencia de derramar agua fría sobre el bebé en la ceremonia de bautismo debido a los perjuicios que su baja temperatura podría causar en el niño, hasta la condena a las prácticas funerarias, introduciendo normas profilácticas para la manipulación de los cadáveres. Pero no sólo fueron blanco de las críticas, y a veces de la burla, las prácticas religiosas, sino que en nombre de la salubridad y de la ciencia, se tenderá, la mayoría de las veces a través de la patologización de sus contrarios, a construir un modelo de comportamiento moral "funcional con el grado de civilización y cultura alcanzados , que contribuyera a mantener la salud de la población , un estado de salud moral que sólo la ciencia puede determinar con competencia"²⁹ . Así, del combate de ciertas enfermedades se pasa a la culpabilización, condena, control o represión de ciertas prácticas que se suponían con ella relacionadas. Del control y combate de las enfermedades venéreas, por ejemplo, se pasa, a través de la patologización de determinados comportamientos sexuales, a la postulación de un modelo de comportamiento sexual. De igual modo se considerarán como más convenientes y adecuados con los preceptos de la salud pública, un determinado tipo de constitución de familia, de utilización del tiempo libre, de educación, etc.

Es así como se fueron definiendo los campos de lo patológico y de los comportamientos normales, y con ellos los controles de un nuevo estilo de conflicto social. Será, entonces, en el marco de la constitución de un nuevo sujeto sociomoral colectivo,³⁰ desde donde nos situaremos para considerar las lecturas que las disciplinas científicas hicieron del fenómeno del suicidio en la ciudad de Buenos Aires hacia fines del siglo pasado.

NOTAS:

1. J. Estruch y S. Cardús, Los Suicidios Barcelona, Ed. Hender, 1982, pp. 21-25.
2. P. Bourdieu, Lección Inaugural, pronunciada en el Colegio de Sociología el 23 de abril de 1982, Ed. Les Minuits, 1983, p. 47.
3. E. Durkheim, La División del Trabajo Social, Barcelona, Ed. Poma-Agostini, tr. Carlos G. Posada, 1985, p. 83.
4. *Ibidem* p. 87.
5. *Ibidem* p. 86.
6. *Ibidem* p. 127.
7. E. Durkheim, Las Reglas del Método Sociológico. Madrid, E. Hyspánica, 3ª edición sobre la 18ª francesa (P.U.F.), tr. L.E. Echevarría Rivera, 1982, p.
8. *Ibidem* p. 92.
9. *Ibidem* p. 93.
10. *Ibidem* p. 96.
11. E. Durkheim, El Suicidio, Madrid, Ed. Akal, tr. Lorenzo Díaz Sánchez, 1982, p. 10.
12. *Ibidem* p. 19.
13. *Ibidem* p. 41.
14. *Ibidem* p. 50.
15. *Ibidem* p. 77.
16. *Ibidem* p. 128.
17. *Ibidem* p. 255.
18. E. Durkheim, La División del trabajo social, cit., p. 47.
19. E. Durkheim, El Suicidio, cit. Ver introducción y estudio preliminar de Lorenzo Díaz Sánchez, p. 15.
20. *Ibidem* p. 272.
21. *Ibidem*
22. *Ibidem* p. 273.
23. E. Durkheim, Le Socialisme, París, 1928, p. 25, en A. Giddens, Capitalismo y la Moderna Teoría Social, Barcelona, Ed. Labor, 1977, p. 171.
24. E. Durkheim, La División del Trabajo Social, cit. p. 39.
25. *ibidem* p. 41.

26. J. A. García, La Ciudad Indiana, Santa Fe, Castelleví, 1954, en H. Recalde, Higiene y Secularización, Buenos Aires, CEAL, 1989, pp. 1 y 2
27. E. Durkheim, La División del Trabajo Social, cit. p. 41.
28. E. Wilde, Curso de Higiene, Buenos Aires, 1878, en H. Recalde, Higiene y Secularización, cit. p. 17.
29. E. Durkheim, La División del Trabajo Social, cit. p. 41.
30. H. Vezzetti, La Locura en la Argentina, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1985, p. 11.

II. EL CONTEXTO: BUENOS AIRES Y LA NUEVA POBLACION URBANA.

El período histórico que transcurre entre 1880 y 1910 ha sido considerado de fundamental importancia para la conformación de la sociedad en que vivimos, desde diferentes perspectivas y con diferentes valoraciones.¹ Período traumático de rápidos y violentos cambios en el cual la ciudad de Buenos Aires comienza a dejar de ser la "Gran Aldea" para convertirse en una moderna urbe. El potencial transformador de este proceso estuvo estrechamente vinculado a las nuevas relaciones que se establecieron con el mercado mundial, que estimularon la concentración en algunas ciudades de cantidades hasta entonces desusadas de personas, desencadenándose una actividad económica, social y cultural tan vertiginosa que en pocas décadas las hicieron irreconocibles.

La idea de que se había entrado en una era donde los cambios incessantes, la transformación continua y el progreso indefinido parecían ser la ley que regía al "coloso de la historia, el siglo XIX", era la primera certeza que parecía consolidarse frente a tanto vértigo y renovación. Eduardo Wilde señalaba: "Todo se renueva en el mundo, todo lo que vive y hasta lo que no vive, individuos, cosas, grupos. La conservación absoluta es una imposibilidad en un mundo en el que todo va de tránsito".²

La fisonomía de la ciudad se transformó velozmente, un contemporáneo, discípulo de Lucio López, escribía en 1885:

"Una inmensa red de tramways y de teléfonos circundan a Buenos Aires por todas partes haciendo fácil la circulación de los hombres y de la palabra. Novecientos treinta y cuatro buques de vapor la ponen en comunicación anual con los demás países trayéndoles la última palabra en las ciencias, en las artes y en las letras, y en el

concurso no menos poderoso, de miles de hombres que se incorporan como glóbulos rojos a su organismo." ³

Además los límites de la ciudad se expandieron debido a:

"que la explosión demográfica acentuada por la masiva inmigración europea y la expansión comercial estimulada por la demanda, también europea, de carnes, cueros, lanas y cereales, provocó un sorprendente crecimiento urbano. El rápido desarrollo de los sistemas ferroviarios y tranviarios, introducidos en el momento crítico del aumento de población, hizo que la ciudad se extendiera hacia afuera mucho más allá de las calles céntricas de 1870." ⁴

La población no sólo aumentó su número sino que se estratificó según nuevos parámetros y "la población reunida en la porción inferior de la escala social creció considerablemente entre 1869 y 1880 y mucho más aún hasta 1914" ⁵. También el aluvión de inmigrantes modificó la composición de la población por sexo y edad, ya que los arribados a la ciudad eran en su mayoría hombres en edades económicamente activas. Esta población se distribuyó entre las múltiples actividades y ocupaciones que fueron apareciendo mientras que se definía la función económica de la ciudad y el proceso de urbanización, no sólo cuantitativamente, sino cualitativamente, "al calor de las desusadas posibilidades de movilidad social que ofrecían las nuevas perspectivas ocupacionales" ⁶.

Los nuevos contingentes humanos que desbordaron la ciudad al incorporarse a la vida urbana comenzaron a inquietar a las autoridades y a las clases dominantes. Por un lado el crecimiento edilicio fue menos rápido que el de la población, suscitándose problemas de hacinamiento y promiscuidad desconocidos hasta el momento, pero más importante fue que el sistema tradicional de relacio-

nes sociales y de control comenzó a mostrar su incapacidad para responder a los nuevos problemas que se plantearon en la ciudad. Al respecto José Luis Romero consideró que :

"Donde había un sitio preestablecido para cada uno, comenzó a aparecer una ola de aspirantes a cada lugar; y no eran solamente los recién llegados quienes destruían la armónica y estable sociedad tradicional; eran también los que ya formaban parte de ella sin participar, como marginales, muchos de los cuales comenzaban a incorporarse porque poseían aptitudes y aparecía la ocasión de que las demostraran", y agrega: "la gran aldea se transformaba en un conglomerado heterogéneo y confuso en el que se perdían poco a poco las posibilidades de control de la sociedad sobre cada uno de sus miembros, a medida que desaparecía la antigua relación directa de unos con otros." 7

El perfil del conflicto social y las tensiones urbanas cobraron un nuevo aspecto. Por un lado, algunos problemas como la desocupación crónica, la depreciación de los salarios, el precio de los alquileres, fueron encarados en forma colectiva y organizada por los que los padecieron, los trabajadores y otros sectores populares. Se constituyeron asociaciones de ayuda mutua, sindicatos, y hasta surgieron ideologías que canalizaron el conflicto social hacia propuestas políticas de reformas sociales y hasta de cambios radicales que involucraban a toda la sociedad, así aparecieron las propuestas anarquistas, socialistas y sindicalistas.

Las autoridades y las clases dominantes debieron incluir en su problemática la llamada "cuestión social". En noviembre de 1895 "La Nación" editorializó : "la cuestión social empieza a adquirir alguna importancia entre no-

sotros y de ella tendrían que empezar a ocuparse los hombres de gobierno y los publicistas".⁸ Si bien se dictaron leyes como las de vagancia, residencia, defensa social, entre otras, que dieron cobertura jurídica y ampliaron el espectro de intervención de las fuerzas de represión, estos expedientes se manifestaron en poco tiempo como insuficientes y hasta inadecuados.

Los contornos del conflicto social, que se estaban redefiniendo, ofrecían nuevas aristas y reclamaron, también, nuevas formas y estrategias de control social adecuadas al nivel alcanzado por la civilización y por las ciencias modernas.

Tipos y comportamientos sociales, algunos de ellos no nuevos, pero sí con distintas características y distinta relevancia, se mostraron como objeto de estudio y preocupación, no sólo del periodismo y las autoridades, sino también de las modernas disciplinas científicas relativas al estudio del "organismo social", que comenzaban a cobrar prestigio. De esta manera la vagancia, la mendicidad, la prostitución, el rufianismo, la delincuencia urbana, la locura, el suicidio, el alcoholismo,⁹ fueron algunos de los fenómenos sociales para los que la acción de las fuerzas represivas, de la justicia y de la prensa eran inadecuadas e insuficientes. Fue en este contexto y en este período, que algunos denominaron "la edad heroica de nuestra ciencia"¹⁰, en el que la psiquiatría, la psicología, la sociología, la medicina higienista, la medicina legal, la criminología, comenzaron a reclamar medios y espacios para poner en práctica sus capacidades destinadas, según lo señalaba José Ingenieros, "a la transformación del organismo social a través de la curación de sus partes enfermas o a la ablación o eliminación de las mismas."¹¹

Conocer y estudiar los nuevos fenómenos sociales, determinar el estatus normal o patológico de los mismos, reexaminar las antiguas prácticas sociales, eran algunos de los mandatos que las nuevas ciencias emprendieron, para luego sí recomendar la intervención en el organismo social, ya no con la orientación de los prejuicios y las doctrinas religiosas y éticas, sino con la claridad y precisión que la ciencia otorgaría, de ahora en más, a la mano del gobernante.

Serán muchos los actores, instituciones y disciplinas creados o convocados hacia fines del siglo pasado para cristalizar "el proyecto de conformación de un nuevo sujeto sociomoral colectivo"¹² que a través de la profilaxis física y moral de la población, normalizará y moralizará a ese "conglomerado heterogéneo, confuso e inquietante" sobre el que habían perdido en gran parte de las posibilidades de control. Claro está que este dispositivo que se iba constituyendo tuvo como blanco privilegiado a las "clases pobres", que se encontraban, en opinión de Ingenieros, "en inferioridad física, intelectual y moral para propender a su propio mejoramiento"¹³. La conclusión política parecía llevar a una alianza entre los nuevos saberes -que sabían qué hacer y como hacer para mejorar el organismo social- y el poder político, que debería luchar contra los "burgueses conservadores y clericales vergonzantes"¹⁴ que en una mezcla de intereses y misticismo obstaculizaban el progreso de la sociedad.

La constante intervención de las nuevas ciencias sociales, la medicina, higienista, la medicina legal, la psiquiatría, la sociología, la criminología, la psicología, etc. a través de la llamada profilaxis física y moral en el cuerpo social, entraron necesariamente en colisión con los criterios ecle-

siásticos sobre cómo "gobernar" a la población. Juan Agustín García señaló sobre la vida en la Colonia:

"el poder eclesiástico extiende su vigilancia sobre toda la vida pública y privada en sus diversas manifestaciones, se trate de grandes o de humildes, del alto funcionario o modesto labrador. Una política celosa, suspicaz y continua que sigue al individuo en todos sus actos, hasta en los más inofensivos, pero que directa o indirectamente interesan a la moral o el dogma." 15

No se discutía la necesidad de controlar la vida pública y privada de los individuos, sino quién, cómo y desde dónde debía hacerse. En tal sentido Wilde señalaba, a propósito de la Higiene Pública;

"Es el gobierno el que tiene que dirigirla, el que tiene que vigilar todo el terreno en el que ha de ejecutarse el desenvolvimiento social" [y continúa más adelante]

"Siendo la misión del gobierno cuidar la salud del pueblo, sepamos qué se entiende por salud del pueblo. Nosotros no hemos de entender lo que se entiende vulgarmente, preservación de enfermedades, impedimentos a la importación y propagación de epidemias; no, de ninguna manera; nosotros tenemos que entender por salud del pueblo, todo lo que se refiera a su bienestar y éste comprende todo lo que contribuye a su comodidad física y moral. Luego, las palabras salud del pueblo, quieren decir: instrucción, moralidad, buena alimentación, buen aire, precauciones sanitarias, asistencia pública, beneficencia pública, trabajo y hasta diversiones gratuitas." 16

Es decir, no hay región de la vida social que pueda escapar a la acción concertada de la autoridad pública con la guía positiva de las nuevas ciencias sociales, que tornaba la acción de gobierno en una verdadera cruzada civilizadora.

Una de las características del positivismo finisecular¹⁷ fue hacer explícitos sus objetivos políticos y enfrentar desde las respectivas disciplinas científicas, en forma frontal, todas aquellas prácticas e instituciones que juzgaran como una rémora o una traba para "la marcha de la Civilización". La iglesia, y todos sus dispositivos de control y moralización, será uno de los blancos privilegiados de la crítica sistemática de nuestros primeros científicos sociales, y muchas veces de sus burlas.¹⁸

Pero no nacen, los enfrentamientos entre los criterios científicos y clericales, hacia fines del siglo pasado. Entre las disposiciones aprobadas por la Asamblea del año XIII se encuentra la que dispone que se bautice a los niños con agua templada en vez de hacerlo con agua fría, como era la costumbre, debido al consejo de "Profesores ilustrados en la materia".¹⁹ De alguna manera los higienistas de fines del siglo pasado completaron la pretensión de control y observación del ciclo de la vida con la implementación de las disposiciones sobre los enterramientos, pero siempre teniendo en cuenta los últimos avances científicos, que de todos modos veían como provisionales o susceptibles de perfeccionamiento.

La diferencia que existe entre los primeros intentos de principios del siglo y el desencadenamiento del agresivo proceso de secularización finisecular, se encuentra en las nuevas relaciones con el mercado mundial, que estimula una inusitada expansión social, económica y cultural; en el desarrollo de disciplinas científicas que cobraron prestigio y autoridad creciente y que reclamaron participación en los procesos de transformación social; en la existencia de modelos exitosos que eran pruebas vivientes de los resultados de la civilización y en un credo o fe colectiva que fue profesado por buena parte de la clase dirigente entre

1880 y 1910 que muchas veces identificó progreso con secularización, inaugurando un nuevo modelo de gobernabilidad, combatiendo decididamente aquellos aspectos de la tradición y de la religión que entrevieron como obstáculos al Progreso.

Notas:

1. Ver G. Ferrari y E. Gallo (comp), La Argentina del Ochenta al Centenario, Buenos Aires Sudamericana, 1980.
2. E. Wilde, Obras completas, Buenos Aires, Ed. Peuser, 1917, Vol.1 p..11, en H. Biagini, Como fue la generación del '80, Buenos Aires, Ed. Plus Ultra, 1980, p. 18.
3. A. Martinez, Buenos Aires 1580-1885, artículo aparecido en La Nación, 1885, p.64., en H. Biagini., Como fue la generación del '80, cit. , p.23.
4. J. Scobie, Buenos Aires del Centro a los Barrios: 1870-1910, Buenos Aires, ed. Solar, 1977, p. 90.
5. L. H. Gutierrez, Los trabajadores y sus luchas, en Buenos Aires: Historia de Cuatro Siglos, Directores: J. L. Romero y L. A. Romero, Buenos Aires, Ed. Abril t. II, 1983, p. 67.
6. J. L. Romero, Latinoamérica: Las Ciudades y las Ideas, México Siglo XXI, 3^a ed., 1976, p . 259.
7. Ibidem p. 260.
8. Editorial del Diario La Nación del 28 de noviembre de 1895.
9. Ver L. Gutierrez, La mala vida , op. cit., pp. 85 a 93.
10. O. Loudet, Ensayos de Crítica e Historia, Buenos Aires, Academia Argentina de Letras, 1975, p. 129.
11. J. Ingenieros, Colaboraciones a La Nación Sobre el V Congreso de Psicología de 1905, Buenos Aires , Rev. Todo es Historia, N^o 173, octubre 1891 p. 57.
12. H. Vezzetti, La locura en la Argentina, Buenos Aires Ed. Paidós, 1981 p.14

13. J. Ingenieros, op. cit. p. 58.
14. *Ibidem*. p.59
15. Ver H. Recalde, Higiene y Secularización , Buenos Aires, CEAL, 1989 pp.1 y 2 .

16. E. Wilde, Curso de Higiene Pública, Buenos Aires, 1873. p.9, en H. Recalde, op. cit. p. 17.

17. El positivismo y en particular lo que Comte denominó espíritu positivo se inscribió dentro de una modalidad filosófica que rechazó tanto " el racionalismo metafísico" como " el empirismo ciego". Si bien la razón debía rendir examen frente al tribunal de la experiencia, esta última por si sola no ofrecía ningún tipo de conocimiento válido sino se hallaba guiada por alguna hipótesis. El "primer positivismo" nace en el primer cuarto del siglo XIX en Francia y se propone como síntesis de dos corrientes filosóficas y políticas aparentemente irreconciliables. La primera la de los " philosophes " vinculados con la Revolución francesa sostenían que la recurrencia de las crisis en la sociedad francesa eran originadas por la supervivencia de instituciones " irracionales" que impedían la marcha del progreso; proceder a la destrucción de los restos del Ancien Regime era su propuesta política .La segunda atribuía el estado de crisis y de conflicto precisamente a la destrucción de las instituciones del Ancien Regime sometidas a constantes ataques y críticas; reconstruir el antiguo orden era entonces el programa político que resultaba de su interpretación de la crisis. Saint Simon y Comte reconocían algunos elementos válidos en ambas interpretaciones de la crisis; de la primera rescatan la necesidad de progreso, de evolución social y de la segunda la necesidad de orden. Para el primer positivismo no puede

existir ningún orden social estable que no se adecúe a las metas " a que inevitablemente tienden las sociedades" , pero tampoco puede existir progreso si no existe un orden adecuado, funcional, con las leyes que gobiernan el devenir social. Es decir no habrá progreso sin orden y tampoco habrá orden sin progreso. El orden del Ancien Regime era totalmente inadecuado a la marcha de la civilización y sólo constituía un obstáculo, pero *necesariamente* hacía falta un orden, nuevo, funcional con el grado de civilización y cultura alcanzado por las sociedades. Las ciencias sociales, los científicos positivos eran los únicos capacitados para construirlo. Tampoco la crítica constante, como la ejercitaron los philosophes, debía ser permitida ya " que ningún orden puede tolerar las críticas constantes de sus instituciones ", los límites de la crítica los pondrían las nuevas ciencias positivas en alianza con los poderes públicos. El programa político resultante entonces es establecer un nuevo orden diseñado por las ciencias positivas, que poco tenía que ver con el anterior sancionado y legitimado por la religión, que facilitaría la marcha hacia el progreso. Por supuesto este orden concebido por los padres del positivismo nada tenía de democrático e igualitario, conceptos que por otra parte consideraban como pertenecientes a un estadio precientífico que se debía superar. Si hacía falta alguna religión esta sería la ciencia positiva, la única capaz de legitimar la acción de los gobiernos de un régimen civilizado. Para una exposición más detallada sobre las características del primer positivismo véanse: Saint Simón, Catecismo Político de los Industriales, Buenos Aires Hyspamérica tr. Luis David de los Arcos, 1985, y A Comte, Curso de Filosofía Positiva, Buenos Aires Hyspamérica tr. Consuelo Berges, 1980.

18. Existen muchas discusiones aún abiertas sobre el positivismo y

los positivistas en la Argentina: si puede hablarse de una etapa precursora de " positivistas sin saberlo " o " semi-positivistas " (véase H. Santomauro, Los Positivistas Argentinos, en Rev. Todo es Historia N° 173, p. 9.); si es adecuada o no la división entre positivistas comtianos de la Escuela Normal de Paraná y los positivistas spencereanos y evolucionistas, egresados de las Facultades de Derecho, Medicina y Ciencias Exactas, de la Universidad de Buenos Aires; o si existió una última generación de positivistas " tardíos". (Para un análisis más extenso véase H. Biagini, El Movimiento Positivista Argentino, Buenos Aires, Ed. Belgrano, 1985, pp.5 a 37).

La " Edad Heroica " de la ciencia argentina no puede dejar de asociarse con el movimiento positivista argentino, como así también la aparición de las primeras producciones científicas y publicaciones de relieve nacional e internacional, y la fundación masiva de instituciones científicas pioneras de muchas disciplinas. (Para este punto véase O. Loudet, La Generación Científica del '80, en Ensayos de Crítica e Historia, op. cit.)

Peró siempre con la premisa de que la ciencia trascendiera el gabinete científico y la especulación para contribuir en forma concreta a la transformación de la sociedad, en un momento histórico en el que reinaba un convencido optimismo en el progreso y la civilización de los pueblos, traducándose así el comportamiento científico en un comportamiento político que produjo grandes transformaciones en la sociedad argentina.

19. Decreto del 14 de agosto de 1813, en el Redactor N° 14, citado por H. Recalde, op. cit. p. 14.

III. EL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: UNA EPIDEMIA SOCIAL.

III. 1. EL SUICIDIO Y LAS CARACTERISTICAS DE LAS SOCIEDADES MODERNAS.

III.1.1 El suicidio y la civilización:

Las referencias al tema de los suicidios previas a la década del '80 se relacionan con disposiciones del derecho canónico que negaban la sepultura cristiana a los suicidas. Aunque existen serias dudas del cumplimiento de estas disposiciones, en la letra se negaba sepultura eclesiástica a: 1) Los paganos, judíos y todos los infieles. 2) A todos los herejes, apóstatas, cismáticos y excomulgados; 3) A los suicidas, por desesperación o por ira, no a los que están locos; 4) A los duelistas; 5) A los públicos pecadores, siendo manifiestos y murieron sin confesarse; 6) A los que no cumplen con el precepto pascual y mueren sin algún signo de contricción; 7) A los niños que mueren sin el bautismo y 8) A los casados sólo civilmente.¹

En el marco de la disputa en torno de la jurisdicción a que deberían estar sometidos los cementerios, un decreto del Departamento de Culto de 1863 considera que:

"es un derecho, y más que un derecho un deber de la potestad civil, defender y proteger a los ciudadanos de los avances de la autoridad eclesiástica [...] Considerando que las disposiciones del IV Concilio Lateranense, que condenan a la privación de sepultura eclesiástica a los que mueren sin cumplir con los preceptos de la confesión y comunión, a los suicidas, a los usureros, a los duelistas, a los toreros, y a otros muchos, no han estado en práctica entre nosotros. Que aún suponiendo que estuvieron en todo su vigor, el espíritu del evangelio aconseja interpretarias y aplicarlas con suma reserva y una prudente tolerancia, juzgando piadosamente que el que se supone comprendido en ellas

tuvo un momento de arrepentimiento antes de morir, o no estuvo en su razón, como es de práctica con respecto a los suicidas." ²

Los avances sobre la potestad civil por parte de la autoridad eclesiástica, que permiten al Departamento de Culto recomendar al clero porteño una determinada interpretación de las disposiciones del concilio, invocando la protección de los ciudadanos, permite ver los problemas de jurisdicciones y competencias entre el poder civil y el eclesiástico. Aquí se contempla el derecho de los suicidas a ser enterrados como cualquier cristiano, presuponiéndolos locos, si eso tranquiliza a la autoridad eclesiástica.

Pero el tema del suicidio es una preocupación marginal que aparece en medio de las disputas de poder entre instituciones religiosas y civiles, sin concentrar demasiada atención por parte de las autoridades.

Muy diferente será la lectura del fenómeno del suicidio en la década del '80. El 17 de mayo de 1884, en el marco de una discusión desatada en el Círculo Médico Argentino, el doctor Samuel Gache señala:

"La frecuencia con que los diarios describen los suicidios llevados a cabo en Buenos Aires es tema interesante al observador y merece que se le traiga al seno de Círculo Médico Argentino, donde una discusión sobre este punto podrá iluminar las causas, oscuras aún, de tan singular fenómeno". ³

Las sociedades médicas tienen tempranos antecedentes en la Argentina, ya en 1824 se había fundado la Sociedad Elemental de Medicina, pero hacia fines de siglo dos de las más importantes, el Círculo Médico Argentino y la Asociación Médica Argentina, ⁴ disputan en prestigio y liderazgo. La primera, que es la que manifiesta por primera vez su preocupación por los suicidios en su publicación

Anales de Círculo Médico, se forma en 1877. Un grupo de egresados y estudiantes de la Facultad de Medicina en torno de José María Ramos Mejía, su fundador y primer presidente, desempeñan una intensa actividad en el Círculo, incluso dictando cursos paralelos a los de la facultad y provocando muchas veces controversias con muchos profesores, quienes, quejándose de jóvenes médicos y estudiantes, deciden fundar una institución paralela, la Asociación Médica Argentina, que llevará a Emilio R. Coni como primer presidente.⁵

Los médicos del Círculo, institución considerada "hija independiente de la Sociedad Científica",⁶ son acusados reiteradamente de "darwinistas". En 1882 organizan un homenaje al científico inglés y constantemente pasarán del análisis de temas médicos a temas históricos o sociológicos, y realizarán enfoques sociales de problemas médicos y biológicos.

Por ello el calificativo de los "médicos de Círculo" será muchas veces engañoso, ya que sus integrantes desbordan la perspectiva y la temática exclusivamente médica, incluyendo en sus preocupaciones a todas las cuestiones sociales.

Así, el primer trabajo científico que aparece en la Argentina sobre el suicidio, "Patogenia de Suicidio en Buenos Aires", lo primero que puntualiza es que tal comportamiento es un fenómeno social y debe, por lo tanto, ser estudiado en términos sociales.

La multiplicación de los suicidios en la ciudad es un fenómeno que comienza a alarmar a la comunidad científica, la que no debe delegar sus responsabilidades, al dejar que el suicidio quede atrapado entre los estrechos límites de la crónica periodística y la acción de la policía y la justicia. La única intervención de la ciencia, en el caso de los suicidios, es la subordinada actuación del médico que expedía un informe sobre las causas de la muerte acaecida y muchas

veces allí termina su actuación⁷. Uno de los reclamos del Círculo será someter al análisis científico los problemas que se iban presentando en la sociedad y no actuar "ciegamente" sobre ellos sin tener una acabada imagen de la génesis del fenómeno que se torna preocupante. Luego sí actuar en consecuencia, pero ahora con la guía de la ciencia, que orientaría la acción más eficaz a implementar. Sencillamente, según consideraba el médico Gache, los que se presentaban como problemas sociales, no tendrían solución porque se actuaba sobre los efectos visibles y no sobre las causas que daban orígenes a los fenómenos. Sólo la ciencia que se especializaba en ese tipo de diagnósticos podía dar respuestas a ese reclamo.

Se reclama entonces, en primer lugar, un reordenamiento de las competencias y jurisdicciones, de las instituciones y disciplinas a las que se daba intervención en derredor del fenómeno del suicidio. Se debía ampliar el espectro de intervención de unas y reducir el de otras, revisando fundamentalmente la relación de subordinación entre las distintas disciplinas e instituciones, a la luz de los avances que se registraron en las disciplinas científicas. El médico, si bien debía auxiliar al juez y a la policía, debía desempeñar otras tareas que le precedían en urgencia e importancia a aquéllas.

El suicidio comienza a "institucionalizarse" como afección social al ser recogido e incorporado al ámbito de preocupación de los médicos del Círculo, que comienzan a elaborar las primeras hipótesis locales sobre los diferentes aspectos del fenómeno.

En primer lugar, no se subestima la complejidad del asunto a considerar, "ya que la humanidad en sus largos años de evolución no ha explicado una serie de anomalías que la afligen y que constituyen el orden moral de los pueblos".⁸

Pero, de todas maneras, los actos en una colectividad social no son arbitrarios, sino que están regidos por "una ley fisiológica que produce la salud y otra ley patológica que produce la enfermedad",⁹ luego, los principios que rigen la acción social normal y patológica deben ser indagados en cada sociedad.

Entre las causas que pueden estar estrechamente relacionadas con el incremento de los suicidios "hay que reconocer que la frecuencia de este fenómeno está en razón directa con el grado de civilización de la nación".¹⁰ Para Gache una nación civilizada es aquella en donde la ciencia, las artes, las industrias, la política, el comercio en sus numerosos ramos, constituyen los medios habituales de vida, y es en estas sociedades en las que "el suicidio ejerce un poderoso tutelaje sobre ciertos grupos sociales y sobre ciertos espíritus".¹¹ El suicidio, entonces, fenómeno individual y colectivo a la vez, afecta a grupos sociales enteros estrechamente asociados a los nuevos estilos de vida y también a individuos sobre los que podemos sospechar alguna "patología nerviosa", también vinculada con las nuevas características de las sociedades civilizadas.

En un avance hacia la distinción de una nueva modalidad de suicidio se asegura que si bien la práctica del suicidio "existió siempre", no obedeció siempre a las mismas leyes. El tipo de suicidio en una sociedad civilizada es diferente del de una que se encuentra en estado "bárbaro". La "barbarie" mata en estado primitivo sin que la luz haya penetrado en los cerebros, entonces, el individuo se mata por ignorancia o fanatismo. La civilización, en cambio, "mata" por sus placeres por las nuevas incertidumbres y corrupciones y por los "nuevos estados nerviosos". La gran diferencia entre ambas situaciones es que "el coloso

de la historia „el siglo XIX”, sin bien acarrea problemas nos da también la herramienta para solucionarlos, y ésta es la ciencia.

El suicidio no es el mismo a lo largo de la evolución de la Humanidad, sino que cambia y su comportamiento obedece a diferentes causas. En tal sentido, Buenos Aires comienza a participar de “la Ley que rige al Universo”, que la introduce en el torbellino de la civilización y también la introduce en el desafío de resolver los “nuevos” problemas que se presentan. La cuestión será, entonces, prevenirlos o curarlos desde los últimos avances de las disciplinas científicas. La “cura y prevención de la salud del organismo social” será competencia de las autoridades y de las ciencias especializadas.

Conviene preguntarse ahora qué elementos tiene Gache para plantear que en la ciudad de Buenos Aires la práctica del suicidio se ha convertido en “una epidemia social”. Vemos que se confeccionan las primeras estadísticas y se comparan con las de otras capitales de América y Europa. Se plantea que las capitales y naciones de Europa las estadísticas son aterradoras, y allí donde todo es brillo y progreso, dos renovados fenómenos se han generalizado: la locura y el suicidio. Hasta tal punto se ve así, que se los llega a considerar como indicadores de civilización.

En Prusia en 1869 se registraron 134 suicidios por millón de habitantes, sobre un 88 por millón en el período 1820/ 1834. En Francia 61 por millón entre 1830 y 1832 y 110 por millón en 1858. También en Bohemia, Baviera, España, Viena e Inglaterra, las cifras crecen desde el primer cuarto de siglo hasta entrada la segunda mitad.¹²

¿Qué datos había sobre la ciudad de Buenos Aires que permitieran cre-

ar cierta alarma ? Aparte de los relatos periodísticos, la Policía, a partir de 1881, comenzó a llevar algún tipo de estadísticas.

Juan Almanza, practicante de la sala de autopsias de la Policía, proporcionó al Círculo Médico de los siguientes datos: en 1881 se suicidaron 24 personas, en 1882 lo hicieron 72, 29 en 1883 y 19 en lo que iba de 1884, es decir en cuatro meses y medio.¹³ Más importante sea tal vez señalar la utilización de estadísticas que muestran la intención, por un lado, de mensurar el fenómeno, por otro la concepción del suicidio como un fenómeno que debía ser estudiado en términos sociales y no exclusivamente individuales. Entonces vemos que se intenta una aproximación sociológica a un fenómeno al que se lo disputaban varias disciplinas. Siguiendo con esta orientación, vemos que el "origen innegable" del suicidio moderno es localizado por Gache en los cambios que se estaban suscitando en la ciudad: "la marcha creciente de la civilización, de la población, de la heterogeneidad de sus elementos, su extraordinaria actividad comercial e intelectual y el movimiento inusitado que se nota en todas partes"¹⁴. En este revolucionario cambio que está sufriendo el organismo social, Gache destaca la mezcla de razas, de caracteres y de aspiraciones que "afectan nuestra sociabilidad", produciendo desequilibrios en el "mecanismo orgánico de la colectividad". También se sumarán a las causalidades indirectas de los suicidios los abusos del crédito, los malos negocios, la educación en los placeres, el sibaritismo, el deseo exagerado de fortuna y el uso de bebidas alcohólicas, que constituían estilos de vida y comportamientos que contribuían al debilitamiento del "orden moral" de los pueblos.

Las estadísticas revelaban que del total de suicidados en los casi

tres años y medio estudiados, italianos y argentinos encabezaban la lista, seguidos por franceses y españoles ; y que la mayoría sabía leer y escribir. A diferencia de los suicidios en los países europeos en donde las modalidades usuales de eliminación eran el ahorcamiento y la asfixia por óxido de carbono, para hombre y mujeres respectivamente, en Buenos Aires los hombres recurrían a armas de fuego y las mujeres al envenenamiento. La explicación dada es la siguiente: "entre nosotros, aún cuando la pobreza invada un hogar y un suicidio se realice, no falta, a quién quiere quitarse la vida, los medios de proporcionarse, por préstamo o por compra, un revólver o una pistola para consumir ese intento." ¹⁵

Como resumen del análisis estadístico y sin mayores precisiones se coloca a Buenos Aires en una situación estadística similar a Francia y Prusia, pues por cada 8500 habitantes ocurre anualmente un suicidio. ¹⁶

La práctica del suicidio también parecía afectar a otros países americanos ya que según Gache:

"en Montevideo, suelen producirse verdaderas epidemias de esos actos [suicidios] , en 22 días de 1883 se efectuaron 28 suicidios. Por informaciones de los doctores Caminos, Escalier, Lozano y Bilbao, se establece que la práctica del suicidio casi no existe en el Paraguay, Bolivia, Perú y Chile, por lo que la hipótesis salta a la vista. A excepción de Chile, estos países tienen escaso movimiento económico y comercial , y no registran corrientes inmigratorias importantes. Son países en los que la acción del progreso todavía no se hace presente; en cambio, la proliferación de locos y suicidas en Buenos Aires y Montevideo es indicador de la presencia de la civilización." ¹⁷

Pero el suicidio, o su normal incremento, es visto como una manifestación de trastornos más profundos, es una "llaga", primera manifestación de un organismo enfermo. Esto no provoca posiciones retrógradas que insinúen retrotraer el estado de cosas a la "barbarie", sino que insta a la comunidad científica, de la que el Círculo Médico se considera su cabeza, a definir el suicidio como un problema social "de interés general", que debe ser investigado, para luego implementar las mejoras que la higiene social del siglo XIX proclama.¹⁸

Aceptar la civilización como un proceso, no sólo inevitable sino provechoso y deseable, no significa aceptar tal cual se presentaba al orden moral existente. En los Anales del Círculo Médico, a modo de propuesta de la conferencia de Gache, y coincidiendo con él en líneas generales, el Dr. Blancas¹⁹ - que había sido su profesor en la Cátedra de Medicina Legal - critica el "actual orden moral" que no pone límites a las ambiciones. Tanto el régimen político como la forma de gobierno, y las malas interpretaciones de la libertad contribuyen, según Blancas, a tal efecto. La creciente civilización promueve necesidades que se hacen imperiosas, crea aspiraciones "no siempre legítimas" y despierta pasiones "no siempre honestas". Faltarían, entonces, "frenos" y controles morales que orienten y disciplinen la conducta social, por eso los conflictos sociales se multiplican. El hombre no se resigna como antes frente a sus ambiciones, o se resigna mal, creando el caldo de cultivo para patologías mentales y epidemias sociales. ¿Cómo poner límites al "deseo", exacerbado por la exuberancia material que trae el progreso? ¿es posible hacerlo sin obstaculizar la marcha de la civilización? Al respecto, Blancas es pesimista y descreo de la implementación de correctivos morales. Se ha desatado en este siglo un nuevo estilo de vida, que parece ver más como una norma que como un desajuste transitorio, frente al cual la ciencia te-

nía muy poco que ofrecer.

Lo que queda claro para ambos doctores, y para los integrantes del Círculo Médico en general, es que los organismos vivos individuales (los hombres) despliegan sus actividades dentro de un organismo mayor que es la "colectividad social", que sigue necesariamente "leyes" diferentes que las que rigen a los organismos individuales. Por eso lo social y lo orgánico, muchas veces se identifican más en el nivel de la analogía y de la metáfora, que en el de la asimilación lisa y llana. Además, "el estudio del corazón y del cerebro no sólo pertenecen al médico que trata las dolencias físicas, sino también al filósofo, que debe conocer los órganos materiales de que el ser moral se sirve para las combinaciones y el intercambio de relaciones en la vida del espíritu"²⁰. Es decir, el "ser moral", la sociedad, los grupos sociales tienen sus leyes, y los "organismos animales" tienen las suyas. Por eso para "curar" una enfermedad social no basta con la formación estrictamente médica, sino que se debe indagar en los mecanismos de lo moral, que en el caso de las sociedades transformadas por la civilización revisten nuevos y peculiares caracteres.

El calificativo de "médicos", para los miembros del Círculo, es engañoso o al menos restringido, porque la variable social estará muchas veces presente en las interpretaciones "médicas" de las enfermedades.

En tal sentido, el suicidio, declarado por algunos médicos del Círculo como epidemia social, no "es siempre un acto patológico, el producto de una monomanía"²¹, aunque sí puedan serlo algunos suicidios particulares, como así también el producto de "pasiones que aniquilan o enneguecen", sino que el aumento del porcentaje social de los suicidios es causa de trastornos en el "ser moral" (la

sociedad), por eso el médico debe devenir sociólogo "para develar la patogenia" de esta moderna afección social.

La preocupación del Círculo Médico Argentino o de alguno de sus miembros sobre aspectos referentes a la salud física de la población y, como en el caso del suicidio, de la salud mental, no era un hecho aislado. El Círculo formó comisiones de: higiene, medicina nacional, ciencias naturales, patología y clínica, terapéutica y farmacológica, anatomía, fisiología y estadística.²² Así, el suicidio, como otras manifestaciones sociales, fue visto a través del prisma del modelo médico, que tenía como gran herramienta conceptual y como metáfora mayor a la "sociedad-organismo", que estaban sufriendo grandes desajustes, debido a los intensos cambios que traía consigo el "proceso civilizatorio" en pleno auge. Los nuevos estilos de vida desatados por la vertiginosa dinámica del progreso, como la masiva e indiscriminada inmigración, complicaban el proceso de "racionalización" de la primer forma de "locura colectiva" la barbarie.²³ Pero estas nuevas o renovadas patologías urbanas, como la locura, el alcoholismo y el suicidio, debían ser estudiadas para determinar si eran fenómenos estructurales a las sociedades modernas, y por ende dejarlas libradas al cuidado y control de los organismos represivos, o por el contrario si eran fenómenos transitorios que expresaban los tremendos desajustes que experimentaba la sociedad, tanto en su estructura económica, demográfica y social, como en lo que los médicos denominaban "orden natural", es decir, en la falta o inadecuación de regulaciones, normas, modelos de conducta, que hacían que los nuevos estilos de vida derivaran tan frecuentemente en alarmantes índices de locura y suicidio.²⁴ Eran las ciencias, no las doctrinas religiosas, las encargadas de dar respuesta a este "vacío moral". La forma que comienza a a-

doptar esta respuesta se insinuaba a través de la condena de "ciertas pasiones no siempre honestas" y "ciertas ambiciones no siempre legítimas", puntualización de la que se encargaba normalmente la doctrina religiosa.

Así, las ambiciones y pasiones que perturbaran la normal evolución de la sociedad, comenzarían a ser señaladas por las diferentes disciplinas científicas, que poco a poco diseñarían un modelo de comportamiento que no era el mismo para todos los grupos y clases sociales, en donde se entreveía un nuevo modelo de gobernabilidad.

Era, sí, absolutamente claro que la población era uno de los bienes más preciados de la moderna naciones, y que era un deber de los estados velar por su salud. En 1873 el Dr. Santiago Larrosa crea la cátedra de higiene Pública , desde la cual Guillermo Rawson dirá:

"La higiene pública y la economía política se dan la mano y se estrechan tan fuertemente, que con cuanto más empeño se las mire, tanto más aunadas y confundidas se las ve; [...] con el dinero se hace la higiene de los pueblos. También con la higiene de los pueblos se consigue la economía y se labra la riqueza." 25

III. 1.2 EL SUICIDIO Y LA ALIENACION.

El 28 de febrero de 1891, se presenta en la facultad de Ciencias Médicas la primer tesis que "versa sobre la monomanía suicida" y pertenece a José Vasquez, un "alienista" que había realizado su internado en el Hospicio de alienados de la Capital y en el Instituto Frenocomio modelo, en los cuales recogió experiencias y material empírico para su trabajo.

La perspectiva del trabajo es esencialmente psiquiátrica, entonces

a la mayoría de los suicidios se le atribuye alguna enfermedad mental. Pero se reconoce que es objeto de estudio comparativo por "moralistas, sociólogos, filósofos, jurisconsultos y médicos legistas" y además que :

"la frecuencia del suicidio aumenta de un modo considerable en los grandes centros de poblaciones densas como lo demuestra la Estadística de todos los países y lo observamos constantemente en esta Capital [Buenos Aires]. Este acrecentamiento que sigue siempre en progresión, sin guardar relación con el aumento de la población, merece ser tomado en consideración bajo el punto de vista de las enfermedades sociales que se ciernen sobre los grandes centros, desarrollándose bajo la forma pandémica o endémica como el veneno que corroe al hombre contemporáneo y mina la civilización moderna." ²⁶

Las sociedades modernas viven en continua "masturbación intelectual", viven el "nerviosismo contemporáneo" que afecta al cerebro del hombre civilizado que habita populosas capitales. Y el cerebro aclimatado en "estos centros verdaderos focos de intensa actividad intelectual" se gasta necesariamente como cualquier otro órgano. ²⁷ El "nerviosismo" de las modernas sociedades puede medirse con exactitud a través de "la estadística de suicidios y el catálogo de enfermedades mentales", tanto unos como otros van en progresión ascendente, según esta perspectiva.

Las primeras alusiones de la tesis son para la civilización moderna visualizada como un espacio inquietante y conflictivo generador de locura y delito. ²⁸ El veneno que corroe al hombre es el "moderno nerviosismo". Pero, qué significa para Vasquez nerviosismo: significa "tensión de fuerza nerviosa o exageración del movimiento en el fluido nervioso", entonces nerviosismo significa ner-

viosismo. La constante recurrencia a la tautología y, como después se verá, al silogismo, no sólo la vemos en Vasquez sino en casi todo el vocabulario "alienista" de fines del siglo pasado y también en los médicos como Gache y Blancas. Esto no deja de ser sorprendente si consideramos la aficción que declaran tener los médicos argentinos por Moliere. Para Gache el autor francés era "el que tan bien ha tratado esas múltiples manifestaciones psíquicas, como los celos, las pasiones, los caprichos, etc."²⁹ Ingenieros decía que Moliere ocupaba un lugar de privilegio en la biblioteca de cualquier médico.³⁰ Sin embargo había sido precisamente Moliere quien había ironizado sobre la recurrencia al verbalismo y a la tautología en que incurrían los médicos de su tiempo en Francia, especialmente en las defensas de las tesis ante tribunales en las universidades, señalando una cierta complicidad entre examinadores y examinados. Por ejemplo si se preguntaba por qué el opio hacía dormir, el examinado y aspirante a doctorarse respondía "hace dormir debido a su virtud dormitiva"³¹. Así, Vasquez explicará la adición a la morfina por la locura morfínica, el alcoholismo por la locura alcohólica, o el nerviosismo por la exageración del movimiento del fluido nervioso, también Gache se vio tentado de explicar los estados apasionados por la presencia de la pasión dominatriz, y se podría continuar con muchos ejemplos más.

Es muy frecuente el recurso de la utilización del "vocabulario técnico" para acotar y circunscribir un fenómeno, con el resultado de recubrir al mismo de definiciones que hoy se nos aparecen como ingenuamente herméticas. Así ocurrirá con infinidad de comportamientos clasificados como manías, psicosis, neurosis, melancolías, etc.

Tanto la Estadística (la mayoría de las veces escritas con mayúsculas)

como la recurrencia al vocabulario técnico, se vuelven dos expedientes obligados que garantizan un cierto valor probatorio científico a las proposiciones que se quieren sostener, o al menos las jerarquizan. Más importante es la manifiesta intención de medir los fenómenos sociales, en especial los considerados patológicos, y tratar de separarlos unos de los otros con el fin de obtener una definición precisa de los mismos.

Si bien Vasquez reconoce que la característica del medio, la civilización moderna, es caldo de cultivo de toda clase de enfermedades mentales, e indirectamente que la locura es "una enfermedad social" los suicidios, "que permiten a la voluntad conciente y a la libertad moral permanecer intactos, son minoritarios"³². Las excepciones a los suicidas que no se vieron aquejados por alguna enfermedad mental son siempre las mismas: Sesostris (el primer suicida célebre) Cleopatra y Marco Antonio, Lucrecia, Demóstenes, Catón, etc. hasta completar la obligada lista de ejemplos clásicos, que sólo constituyen excepciones a la regla. Estos suicidios no se explican por alguna enfermedad mental, sino por la concurrencia de causas puntuales y de una constitución moral excepcional, que hace del suicidio una expresión de esa virtud, más que constituirse en objeto de estudio de la psiquiatría.

Los médicos del Círculo también habían analizado, aunque con menos énfasis, las hipótesis psiquiátricas, subordinando las manifestaciones de locura a los trastornos de orden moral que la civilización traía consigo. No coincidían con Bourdin y Esquirol en sus tesis de que "el suicidio es siempre un acto patológico, el producto de una monomanía", para Gache, "no es posible sostener hoy que el suicidio obedece fatalmente a trastornos cerebrales"³³. Al hacer estas aseveraciones no tenían

en cuenta sólo los aspectos propios para "develar la patogenia del fenómeno", la apertura de los "médicos" hacia otras disciplinas a que concurrieran a hacer su aporte intelectual, tenía como contrapartida la posibilidad, muchísimas veces concretada, de la intervención de los médicos tanto en las políticas públicas como así también en asuntos considerados tradicionalmente como competencia de la filosofía y la religión. El proceso de especialización que se estaba produciendo en las ciencias médicas era visto con inquietud, debido a la aislación paulatina que se verificaba, de la sociedad en que esas disciplinas se desplegaban. Ingenieros sostenía que :

"Todo tiende a especializarse en el ambiente profesional. Hay colegas que no conciben la ciencia más allá de oportunos enteroclismos e insaciables ventosas; otro conoce las virtudes y los vicios de todas las camarillas microbianas, sin excluir las exóticas; éste sabe al dedillo cuáles células intervienen en la fisiología del más inocente movimiento reflejo, aquél puede diferenciar más de trescientos diagnósticos entre esas molestias cutáneas que comunmente llamamos granos; no falta, en fin, el que sutil entre los sutiles, sentencia alambicados diagnósticos sobre síntomas imperceptibles para los ojos inexpertos. Su campo de observación se reduce al enfermo y a las enfermedades; sus medios de observación varían desde el estetoscopio y el reactivo, hasta el microscopio y los rayos equis. Carecen, en cambio, de ideas claras acerca del universo que los contiene, la vida que viven, la sociedad en que actúan, las ideas que piensan, [...] fuera de sus casos el mundo no existe. Se burlan sin recato de los que además de eso, buscan elevar su espíritu explorando el follaje del árbol de la ciencia, del arte, de la filosofía." 34

Esto lo planteaba Ingenieros en 1902 y puede observarse en los primeros intentos de encerrar al suicidio en el campo de la psiquiatría, reduciéndolo a una patología mental. El aislamiento de los intelectuales dentro de sus especializaciones, y de éstas dentro de los ámbitos académicos sembraba el riesgo de su esterilización política y por ende que terminara por excluir a los científicos del proyecto de transformación de la sociedad, uno de los reclamos siempre presente de los positivistas. Como ya había advertido que el proceso de especialización de las ciencias podría poner en riesgo la alianza entre los poderes establecidos y los nuevos saberes que aportaban las ciencias positivas.³⁵

Antes de analizar la hipótesis de la locura en los suicidios, es necesario preguntarnos cómo se evaluaba y diagnosticaba el estado mental de un individuo a fines del siglo pasado en Buenos Aires para poder rotularlo de *alienado*. Uno de los más tempranos trabajos sobre el tema es el "Informe Médico-legal sobre el estado mental de un individuo"³⁶ presentado a un juez de primera instancia en lo civil por los doctores en Medicina y Cirugía Eduardo Wilde y Pedro Mallo el 30 de octubre de 1871. Este informe relata las vicisitudes que los médicos debieron atravesar para observar al N.N., sospechado de loco, al no querer franquearles la puerta de su casa con "frívolos pretextos". Así, debieron forzar la entrada con la policía y llevar al N.N. a la comisaría para "sujetarlo a un examen prolijo [...] tratando de encontrar la verdad de su estado, por los medios que la ciencia aconseja y por los que nos han sugerido nuestros conocimientos". En primer lugar se describe el medio, la vivienda donde N.N. habitaba, destacando el desorden y suciedad en que se encontraba, lo que no presagiaba hábitos "normales". Luego se describe el comportamiento de N.N., quien al parecer duerme "poco y nada",

ha perdido el hábito del trabajo, no cuida su aspecto, desatiende sus intereses, pasa casi todo el tiempo encerrado en su casa y ocioso, suele beber inmoderadamente, y tiene el antecedente de haber ingresado tres veces al manicomio de hombres de la Capital. Cuando se le pregunta a N.N. por "tan extravagante" estilo de vida, sigue relatando Wilde, el individuo contesta con delirios: que le dicen loco por la calle, que lo quieren asesinar. Según Wilde, para un ojo experto darse cuenta que una persona está loca es "lo más fácil del mundo", lo difícil es probarlo, pues "su modo de vivir [el de N.N.] tan en contra de sus intereses, hacían un acto que no tienen costumbre de hacer los hombres tenidos por cuerdos". Su conducta de "abandono de todo cuanto le atañe" no puede ser mirada como resultado de una pasión aislada pues si "es pasión vivir así, es una pasión que no acostumbra tener los cerebros sanos". Una prueba "más científica" que aporta el informe sobre la locura de N.N. es que no duerme, o lo hace muy poco y sin embargo goza de buena salud. El razonamiento es el siguiente; un individuo normal tras varios días sin comer se debilita y muere, si no se muere, está enfermo, por ejemplo padece fiebre tifoidea y con tal afección el enfermo puede pasar un mes sin comer y vivir, entonces Wilde con rigor silogístico dice: "N.N. no duerme y sin embargo está vivo, luego está enfermo." Como si esto fuera poco N.N. no es casado "ni lo fue nunca" y "habla de mujeres sin ánimo, sin brío", sumado a su afición a la soledad "pueden ser indicios de una aficción a los placeres de Onán". También presenta "cierta indolencia moral, cierta pereza intelectual que no tendría estando sano un artesano rico como es él [N.N.]." Tampoco los sentidos de N.N. parecen estar normales, oye y ve cosas y sonidos "que hay y que no hay" relata el informe, además su memoria es "intermitente y de intensidad variada".

¿sus instintos?; "se hallan a diferente altura de perversión; unos están bien como el de comer, otros exagerados, como el de beber y el de la propia conservación; otros deprimidos, como el instinto genésico y el cuidado de sí mismo"; evidentemente N.N. necesitaba un ajuste. Pero antes de emitir el veredicto al juez que había pedido el examen, una prueba que gozaba de prestigio científico-tecnológico certifica las presunciones: "El examen oftalmoscópico al que hemos sometido al individuo muestra una Hiperemia notable de los vasos del fondo del ojo, lo cual está de acuerdo con lo que establece la cerebroscopía para estos casos". Al final del informe Wilde y Mallo brindan sus conclusiones: "1) Que el individuo N.N. está loco [...]. 2) Que la clase de locura que padece es un subdelirio crónico producido por el abuso de bebidas alcohólicas [...]. 3) Que la afección de N.N. es incurable, aún cuando puede tener sus estadios y mejorías pasajeras [...]."

En el caso de un informe médico-legal sobre el estado mental de una mujer ³⁷ realizado por Wilde y Pedro Rosendí en 1872 la metodología es similar, pero se cuenta con la facilidad siguiente: la mujer observada "declara ser la reina de España y reclama su reino" lo que constituía una "monomanía especial" más convincente. Entonces podemos apreciar que se observa el medio donde el individuo vive, sus hábitos, sus sentidos, sus instintos y sus dichos, con metodología, con tecnología y autoridad que la ciencia otorgaba. Se va construyendo así el espacio de la irracionalidad, en el cual van a habitar tantas formas de locura como formas de conducta desviadas de un modelo de identificación moral que pocas veces se hace explícito, pero que exalta los valores del trabajo, de la familia y de una sexualidad ordenada, por la exhibición, condena y patologización de sus contrarios: la ociosidad, el vicio y el descontrol de las pasiones.

En lo que hace a la relación entre la locura y el suicidio veremos que en veinte años no ha cambiado demasiado el panorama, pues un desajuste mínimo de la conducta cotidiana, - qué decir de un suicidio o de una tentativa-, bastaba para filiar al individuo con alguna patología mental. Contribuyendo a esta situación el mismo Vasquez, autor de "Suicidio y Locura" en 1891, reconocía que:

" pocas entidades patógenas hay en el orden de las neurosis que revistan causas tan variadas y múltiples como el suicidio " , y a continuación define al suicidio como "la gran neurosis del siglo", el XIX, en el cual "la lucha por la existencia, que es la gran Ley universal que se impone al hombre civilizado, lo predispone directamente al desequilibrio mental " ³⁸

Vasquez es el primero que realiza un detalle ordenado de las variadas causas a que se atribuye esta neurosis (el suicidio) desde la perspectiva psiquiátrica. La primer referencia obligada es la predisposición hereditaria ya que "es un hecho incontestable para la ciencia", además de estar ampliamente probado por la "Estadística". Familias enteras habrían desaparecido, según este autor, víctimas de "la Ley de transmisibilidad hereditaria neuropática" ³⁹. Es común, continúa Vasquez, que de madres histéricas y padres alcohólicos nazcan hijos degenerados con tendencia al crimen, al suicidio o a la idiotez. La ley que rige la transmisión hereditaria de la impulsión al suicidio tiene caracter fatal y puede propagarse a través de muchas generaciones; en segundo lugar, siempre según esta ley, los descendientes se quitan la vida a la misma edad que los ascendientes; en tercer lugar, existe una identidad en el género de los suicidios hereditarios, las modalidades de eliminación son generalmente la misma. Más aún, existen muchísimas formas de transmisión neuropática por lo que es posible que se salteen generacio-

nes o se registren discrepancias en las edades de los suicidas de generaciones distintas, con lo que se hace muy fácil inscribir a cualquier caso en el marco de esta ley.

Una parte de la comunidad médica, al menos, parecía creer en forma absoluta en el carácter fatal de esta ley, al punto que algunos médicos con antecedentes de locura, alcoholismo o suicidio en sus ascendientes decidieron quitársela vida para evitar "degradarse en estas patologías". Un colega y compañero de Vasquez tenía un hermano que se había suicidado y una hermana internada en un manicomio, lo que lo llevó a la conclusión de que debía elegir entre eliminarse o padecer alguna enfermedad mental. La profecía se autorealizó, aunque ya "su carácter taciturno y sombrío hacia prevenir el desenlace", afirmación de Vasquez que nos recuerda los exámenes médicos de Wilde.⁴⁰

El otro caso, de más repercusión, fue publicado en los "Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias afines"⁴¹, nos relata que un joven médico, perteneciente al personal técnico de un acreditado establecimiento hospitalario, en el que no se había notado síntomas alguno de locura, fue encontrado en el sillón de la sala de su estudio, sin vida, con el corazón atravesado por una bala, y en una carta dirigida a sus padres decía: "Queridos padres: Perdonenme. No puedo hacer otra cosa; el porvenir a concluido para mí. O el manicomio o ser para vosotros una carga y más tarde para los hermanos. No quiero regresar. Adiós! J."⁴² Al parecer este médico se hallaba "condenado" en virtud de antecedentes de locura en su familia y se anticipó a la ley natural.

Cuando la herencia se acumula de generación en generación puede traer como consecuencia la degeneración de la raza, esta sería la dinámica progresiva del

fenómeno. En cambio cierto tipo de "uniones" tienden a hacer desaparecer el germen de la degeneración tornándose la dinámica del fenómeno, regresiva. Vasquez cita a Suecia como el país en el que el matrimonio está prohibido para los epilépticos, pero agrega que en la mayoría de los países la libertad individual es respetada. De todas maneras en la misma época no todos pensaban así. La tesis de José Hualde de 1899, ocho años después de Vasquez planteaba: "¿Debemos cruzarnos de brazos y mirar impasibles el crecimiento de los locos? Si queremos evitarlo, sólo poseemos un medio a mi entender lícito y humanitario: impedir que nazcan quitando el poder fecundante a sus progenitores"⁴³. Si bien uno de los miembros del tribunal se inclina por rechazar la tesis, Hualde hace notar que su propuesta coincidía con las enseñanzas del Dr. José Estevez, por entonces director del Hospicio de Alienadas.⁴⁴

Paralelamente, otros consideraban al suicidio un mecanismo natural que "saneaba" a la sociedad de neurópatas, contribuyendo a los propósitos de Hualde pero en forma natural. Ramos Mejía, tres años antes, en 1896, expresaba en un artículo en los "Anales del Departamento Nacional de Higiene"⁴⁵ que consideraba el concepto moderno del suicidio como fenómeno social, concepto para el que tiene críticas, pero que podríamos resumir de la siguiente manera: la medicina conserva la vida a los enfermos que la naturaleza trata de eliminar; y por otro medio, también no natural, los ejércitos de tanto en tanto ralean poblaciones. Ahora existe un mecanismo de selección darwiniana que hace partir voluntariamente a muchos seres de estructura mental mórbida o débil y es el suicidio, válvula de seguridad contra el nerviosismo de las generaciones venideras, el que ahorra a la humanidad muchas "locuras mórbidas". El que nació o adquirió un cerebro inepto o inadaptable para la nue-

va sociedad y la lucha por la vida moderna, recurrirá a la muerte voluntaria o se volverá loco y será recluso. Si bien los médicos del Círculo acogían con prevenciones las teorías sobre la infalibilidad de la herencia o la selección natural en la que los "débiles mentales" indefectiblemente debían desaparecer, si en cambio comenzaban a ver con alarma los resultados de la inmigración sobre la "salud general de la población", sobre el "organismo social" más específicamente debido a la "mezcla de razas, caracteres, sentimientos, pasiones y aspiraciones" que hacían de la sociedad argentina ese "conglomerado heterogeneo y cambiante" que rompía el modelo de inmigrante portador de cualidades morales, de disciplina laboral, tornándose en una masa inquietante que comenzaba a encabezar las estadísticas de suicidios y a poblar asilos y manicomios con supuesta mayor frecuencia que la masa nativa,⁴⁶

La edad y el sexo también parecen ser consideradas constantes en los suicidios modernos. El perfil del suicida del siglo es hombre entre 25 y 45 años, precisamente las edades en que "el hombre entra en lucha abierta con las exigencias de la vida social"⁴⁷, según Vasquez, este lapso es el que requiere una mayor demanda de energía física e intelectual. Los altos índices de masculinidad registrados en los suicidios se explican porque "la mujer cumple un papel secundario en la vida intelectual, los sentimientos afectivos más pronunciados que predominan en ellas, las creencias religiosas mucho más arraigadas que poseen son obstáculos que luchan victoriosamente contra las ideas del suicidio". Es por estos mismos motivos que el hombre aventaja considerablemente a la mujer en las estadísticas de alienación mental y criminalidad.⁴⁸ Los índices de suicidio discriminados por sexo arrojan para Buenos Aires un 75% de masculinidad, siendo un 78% en Francia y un 80% en Italia para la misma época.⁴⁹

También las profesiones son importantes para concluir el perfil del suicida tipo. En esos tiempos de "empleomanía" al decir de Vasquez, las primeras víctimas son los desempleados o los "sin empleo" conocido, en especial los vagos "atorrantes". Al tener empleo fijo se marginan y "se degradan física y moralmente", pero no sólo hay hombres sin empleos sino además empleos sin hombres. El rápido cambio del perfil ocupacional provocó un desajuste no sólo en cuanto a la cantidad entre la oferta y la demanda sino en cuanto a la calificación requerida. Luego son las profesiones liberales las que siguen a los "sin empleo", como grupos sociales de riesgo de suicidio.

El estado civil ejerce su influencia a la hora de contraer la "monomanía suicida", pero el matrimonio ejerce sobre los individuos que de él participan un control de hábitos y costumbres, que introducen el método y el orden en la vida cotidiana, desactivando potenciales tentaciones a los excesos en que sí suelen caer los viudos, divorciados y ⁵⁰célibes. Los efectos integradores del matrimonio habían sido largamente destacados por muchos médicos, constituyéndose en una de las instituciones más beneficiosas para el disciplinamiento de "las pasiones no siempre honestas" y "ambiciones no siempre legítimas" que frecuentemente se tradujeron en conflictos sociales. Wilde fue especialmente contundente:

"el matrimonio, en general, engendra hábitos de orden, de economía, de previsión y de moralidad; bajo su influencia se desarrollan todos los sentimientos de familia y los instintos que ligan al hombre con su raza y con las cosas; se ama la casa, el árbol que hay en ella, la gente cuya voz se oye todos los días, y cuya presencia comienza a ser parte de la vida. El que se casa se multiplica, duplica cuando menos su personalidad; sus egoísmos desaparecen y

atiende a las personas que de él dependen como a miembros de su propio cuerpo[...] La responsabilidad crece; hasta la sociedad da mayor valor a los hombres y mujeres casados porque ve en ellas una mayor garantía de estabilidad y orden. Los casados cuando son felices figuran generalmente entre los conservadores; los revolucionarios, los tumultuosos son los que se sienten livianos y que no tienen con la sociedad más vínculos que los del egoísmo.”⁵¹

Una sociedad integrada no puede concebirse sino con la generalización de esta institución. Los célibes son potenciales elementos de disolución social pues:

“atentan contra las costumbres[...] contribuyen a debilitar los resortes de virtud y bienestar de la sociedad,[...] Son además los célibes los autores de los libros indecentes, corruptores de los instintos genésicos, verdaderos venenos morales cuyos efectos son desastrosos, y son las horas de ocio fuera de la acción de la familia, el tiempo en que se engendra esos monstruos de la imaginación destinados a destruir para siempre los sentimientos del pudor.”⁵²

No está demás reiterar que esta prédica que considera como potenciales subversivos del orden social a los “célibes” está dirigida fundamentalmente a “las clases pobres que se encontraban en inferioridad física, intelectual y moral para propender a su propio mejoramiento”, según la opinión de Ingenieros.⁵³ Contribuía a esta prédica el marco inquietante que constituyó para las autoridades y las clases dominantes la nueva población urbana, ese “conglomerado heterogeneo y cambiante” que impuso como tema de considerable atención para los poderes públicos y las ciencias la llamada “cuestión social”.

Entre los *exesas* de los célibes aparecerá cada vez con mayor frecuencia el consumo de alcohol, aunque para el caso de los suicidios será a principios del

presente siglo cuando se vuelve una causal omnipresente de suicidio. En este sentido se consideraba como un grupo de alto riesgo suicidógeno al de vendedores ambulantes de vinos y demás bebidas alcohólicas. También en otro indisimulado entrecruzamiento de discurso médico, científico y moral a las mujeres que incurrieran en amores clandestinos, a las prostitutas, a los afectados de alguna enfermedad venérea.⁵⁴ En fin, a todos aquellos en los que algún comportamiento "reñido con el pudor" evidenciara la falta de normalización de los "instintos genésicos".

Otro aspecto de la etiología del suicidio lo ocupa el sentimiento religioso cuyo rol en la fluctuación de muertes voluntarias es determinante "como lo demuestran los datos estadísticos de todos los países con sus diversas regiones".⁵⁵ La ausencia o el repliegue de creencias de tipo religioso y de sus instituciones es causa productora del "delirio suicida", pero también la exageración o inadecuación en la práctica de los cultos lo provoca. Si bien todos reconocen que el repliegue de las instituciones religiosas en el mundo moderno ha creado un "vacío moral", por donde el escepticismo, el realismo y el pesimismo han penetrado al mundo "quitando influencias a las creaciones de la imaginación tan fecunda" que regulaban las conductas sociales, no hemos encontrado ninguna propuesta de reactivar o reforzar las creencias religiosas, para frenar la marcha del suicidio en la comunidad médica. Ello podría desembocar en una nueva neurosis, la "neurosis religiosa", pues el estilo de las prácticas religiosas tal como antes estaban estructuradas no parece ser funcional con el estilo de vida moderno: la lucha darwinista por la existencia. Todas las sociedades tuvieron sus patologías, las "barbaras" la autoeliminación por fanatismo e ignorancia, las "civilizadas" - en las que el cerebro de los individuos pesaría un 30% más- el suicidio y la locura mo-

dermas por hiperactividad cerebral y sobreexcitación de la sensibilidad moral.⁵⁶ Pero es cierto también que en las sociedades civilizadas, con el problema viene la solución, pues la ciencia, producto de la civilización, es el único medio con el que no cuentan las sociedades bárbaras, que permitirá "curar" al organismo social transitoriamente enfermo. La "sobreexcitación de la sensibilidad moral", que nos recuerda al "desajuste" en los instintos y sentidos en los reportes médicos de Wilde, Mallo y Rosendi, es fruto de la inadecuación entre las posibilidades que ofrece el despliegue de riqueza material de la civilización y la estructuración de un modelo de comportamiento moral, de nuevas reglas morales que orienten la conducta social dentro del nuevo espectro de posibilidades con que la civilización tienta al individuo.

Así Vasquez afirma que la superioridad intelectual de un país o región puede medirse por el número de locos y suicidas que tiene, ya que "ni los esquimales, ni los indios rebeldes de la patagonia y chaco argentino-boliviano, son atacados de alienación mental ni recurren al suicidio".⁵⁷ Además, la población de alienados con que cuenta Buenos Aires es significativa: Hospicio de varones: 750, Manicomio de mujeres: 637, Instituto Frenopático: 38, total; 1425 alienados. Con una población de más de medio millón de habitantes, Vasquez calcula un loco por cada 450 habitantes, mientras que en 1879 la proporción era de un loco por cada 638 habitantes.⁵⁸ El crecimiento de la locura como el de los suicidios en la ciudad de Buenos Aires es más rápido que el crecimiento de la población. Además el crecimiento de la población de alienados es directamente proporcional al de los suicidios, por ser la locura su principal causa. Estamos entonces frente a una epidemia social.

III. 1.3 EL SUICIDIO Y LA IMITACION DE LOS COMPORTAMIENTOS SOCIALES.

Los trastornos de orden moral que sufría la sociedad en constante transformación, por un lado, y la generalización de los "estados nerviosos" por otro, no terminan de explicar el comportamiento del suicidio. Es por ello que "la psicología debe venir en auxilio de la fisiología para que ambas marquen a la patología el derrotero que la ha de guiar [...] al descubrimiento del principio que gobierna y domina el espíritu del suicida"⁵⁹, sentencia Gache. La pregunta a hacer a la psicología será cuál es la influencia de la imitación y su aporte a la cifra global de suicidios. La imitación, si bien "es un hecho perfectamente científico", no es la causa del aumento del porcentaje de los suicidios.

El primer paso parece ser el de separar la imitación del contagio, pues este último aludía a "la presencia de gérmenes que producían los padecimientos a ciertos corpúsculos morbígenos que voltigean en el aire llevando a los organismos predispuestos las enfermedades que afligen al género humano."⁶⁰ Esta hipótesis es rechazada frente al hecho "perfectamente científico de la imitación". El mecanismo funciona de la siguiente manera:

"En las condiciones normales, y bajo el imperio de los estímulos naturales, el hombre se encuentra obligado muchas veces a imitar los actos que se producen en su presencia. Su sistema nervioso influenciado por las escenas a que asiste, no puede sustraerse a la impresión que ellas le causan, impresión que determina un complejo de fenómenos simpáticos que se traducen materialmente por movimientos o palabras."⁶¹

más aún : "La monomanía homicida, la suicida, la de las mutilaciones parciales, la del éxtasis, de la histeria en todas sus formas [...] se propagan a personas de buena salud por el hecho de permanecer en el sitio donde se produce el fenómeno y don-

de el accidente tiene lugar.⁶² Sin embargo la imitación es un mecanismo social y psicológico que difunde ciertos comportamientos pero no es su causa.

Para Vasquez el suicidio puede reproducirse por imitación contagiosa y considera a éste tan contagioso o más, que el crimen. Pero la imitación no consiste sólo en la reproducción del acto mórbido, sino en la elección del mismo medio para la ejecución del suicidio, y, sobre todo, del mismo lugar. Tanto es así que cada país tiene sus lugares que sirven regularmente teatros a las escenas trágicas de suicidio, Paris tiene al Sena, Roma al Tíber, Nápoles al Vesubio, Estados Unidos a la catarata del Niágara. Buenos Aires también tiene sus recurrentes teatros suicidas; el Parque 3 de Febrero, los bosques de Palermo, la Dársena, el antiguo muelle y la Recoleta. También el suicidio dentro de los manicomios responde a estas características imitativas siendo los "water closets" los sitios preferentemente escogidos.⁶³ En la misma línea de pensamiento Ingenieros nos relata que en el año 1900, estimulada por la prensa y el teatro, se produjo una epidemia de "moreirismo". Dice al respecto:

"de tiempo en tiempo, en los suburbios de la ciudad algún sujeto de mala vida *transformaba su traje habitual en la antigua vestimenta gauchesca* y decidía resistir a mano armada a las autoridades. Provisto de la clásica guitarra el matón de barrio se echaba a rodar por los despachos de aguardiente, cantando con voz desafinada algunas décimas tradicionalistas aprendidas en malos folletos poéticos, además, antes de que la policía diera con ellos a la cárcel, algunos cronistas policiales se ocupaban de hacerles buen reclamo en la prensa de mayor circulación creando el ambiente criminógeno indispensable para que otros sujetos predispuestos se decidieran a imitar el moreirismo en es-

cenarios más modestos.”⁶⁴

Los diarios colaboran eficientemente en lo que Ingenieros llama “sugestión criminal”, y piensa que son “verdaderos laboratorios del crimen, ya que el periodismo contemporáneo, obligado a completar su información y a complacer al grueso del público que lo mantiene, necesita descender a esas transacciones con el mal gusto popular, que no son las únicas.”⁶⁵ Las ideas del médico Gache en su análisis de 1884, en algún aspecto van más allá de la lectura que hace Ingenieros en 1905. Para él, la práctica del suicidio está cobrando legitimidad por la naturalidad con que la prensa encara el fenómeno, de modo que comienza a verse como una respuesta posible y hasta adecuada a eventuales situaciones críticas. La falta de culpabilización de la conducta del suicida, la *excesiva* tolerancia, puede volverse un estímulo en un ambiente social predispuesto y puede legitimarse como “salida” a una situación conflictiva límite. Y parafraseando a Legrand du Saulle llama a la prensa escuela del escándalo, del crimen, del suicidio y la locura, que favorece a precipitar a muchos por la pendiente que conduce a la penitenciaría, el depósito fúnebre o el manicomio.⁶⁶

Y si los comportamientos sociales se imitan, se aprenden, había en la Buenos Aires de fin de siglo pasado “mucho para imitar, mucha gente nueva, muchas actitudes apenas conocidas hasta ayer, mucha crónica y mucha declaración para leer.”⁶⁷ El censo Nacional de 1895 nos dice que había en Buenos Aires 143 periódicos y en el país 168 que se definían como políticos, noticiosos y de intereses generales, y siete anarquistas y socialistas.⁶⁸ Sin embargo las críticas a la prensa y la voluntad de lograr por parte del gobierno la adopción de medidas que prevengan la publicidad de los suicidios no llegan a disimular las escasas esperanzas que se tienen en la efectividad de estas medidas, ya que no ven allí la génesis del fe-

nómeno suicida. Sólo se pretende con la moderación o la prohibición lisa y llana de la difusión de ciertas noticias, aminorar el ritmo de propagación de los suicidios.

El doctor Blancas percibe que el suicidio es un comportamiento con el que la sociedad moderna deberá convivir, y en tal sentido plantea que en caso de tomar alguna medida con respecto al tratamiento público de los suicidios, se elabore una estrategia concertada. Si se tiene en cuenta que a los suicidios motivados por alguna desgracia, por algún motivo de honor, o por la locura, se han sumado, con la creciente civilización, los suicidios de aquellos que se matan por no alcanzar lo que desean, estimulados constantemente por la riqueza material desplegada ante sus ojos, entonces qué nuevas estrategias, se pregunta Blancas, se podrían desplegar. En este siglo "los esfuerzos del espíritu en el orden de la difusión de las grandes ideas filosóficas no producen ya efecto alguno; la penalidad o el castigo, está probado por la historia que no es un medio eficaz. No queda pues sino, la propaganda."⁶⁹ En tal sentido la estrategia propagandística de Blancas, debe contar con la complicidad de la comunidad científica y de los periodistas. En primer lugar a los suicidas por el honor o alguna desgracia se los declarará locos aunque *no lo sean*, y al segundo grupo de los suicidas modernos, aquellos cuyo deseo no se encuentra aún normalizado, se los deberá someter a una campaña de burla y ridículo lo que sería capaz de impresionar a ciertos espíritus. Es un medio ingrato, reconoce el médico, pero es el único que conseguirá efectos donde no lo consigue una argumentación de profunda filosofía. "¿Quién no conoce el poder que algunas veces ejerce una burla sangrienta o una mofa ridícula?, Con esta ficción practicaremos una gran virtud social, ¿qué importan los medios?"⁷⁰

Vasquez también se queja amargamente del tolerante tratamiento con el que la prensa encara a los crímenes y a los suicidios. Pero no sólo de las crónicas periodísticas se imitan comportamientos, sino también de las lecturas de obras románticas y dramas modernos que pervierten el sentido moral. Sin embargo, como considera que la mayoría de la población suicida se compone de alienados, una profilaxis en el campo de la educación o de la legislación sobre la difusión de ciertas obras y noticias periodísticas no es de mayor importancia. Sí, en cambio, y coincidiendo con su diagnóstico, es necesario construir en la ciudad de Buenos Aires un establecimiento modelo destinado a :

"los locos criminales y furiosos, con tendencias francas al homicidio, al suicidio, al robo y al incendio. Podríamos, pues, aislar a estos degenerados mórbidos y de carácter, con estigmas indelebles, físicos y morales, que alimentan la idea fija de atabar con su existencia, en un asilo clásico que reúna todas las condiciones y comodidades necesarias, que responda a todos los adelantos que la ciencia moderna tiene conquistados y donde se puede dirigir una terapéutica mental, entonces, encontraríamos los medios coadyuvantes del tratamiento profiláctico para poder atenuar esa falange de locos que no se detienen en el camino del suicidio."⁷¹

III. 1.4 EL SUICIDIO EN LA PERSPECTIVA DE RAMOS MEJIA: HACIA UNA NUEVA CONSIDERACION DEL FENOMENO.

Como enlace con el cariz que tomará la discusión sobre el suicidio en la ciudad en los primeros años del siglo XX con los últimos del siglo XIX, en la que se criticarán muchos de los supuestos y perspectivas anteriores, las reflexiones de Ramos Mejía en 1896 preanuncian los nuevos ejes de discusión.⁷²

En primer lugar, mediante el uso de la ironía, invita a no invocar más los manes y las sombras de Brutus y Cassius, ni perturbar la augusta tranquilidad de las cenizas de Catón, tantas veces mencionadas en las historias del suicidio. Las pesadas referencias a los suicidios célebres sólo constituyen un dato sobre la formación cultural del eventual ensayista, pero no agregan ningún dato útil para el esclarecimiento del tema. Para desentrañar el significado de las muertes voluntarias, la metodología a utilizar es, según Ramos Mejía, el uso de estadísticas y las observaciones psicológicas. Expulsar algunos elementos inútiles del análisis, que entorpecían el mismo y centrarse, entonces, en la observación y medición de los fenómenos. Según Ramos Mejía aquellos que abordaron el fenómeno del suicidio se han visto limitados o sesgaron sus análisis por atender a convencionalismos religiosos o morales propios del derecho canónico y nunca de la ciencia. Desmitificar entonces el enfoque del suicidio se hacía necesario para poder acceder a la aún misteriosa etiología de la muerte voluntaria⁷³. En tal sentido la primera precisión de Ramos Mejía es categórica, el suicidio es un fenómeno social y debe ser estudiado en términos sociales.

Tomando una cita de Paul Jacoby que recurre al concepto de selección social darwiniana, Ramos Mejía plantea que los cerebros modernos sometidos a constantes y renovadas presiones en la lucha por la existencia pueden tornarse inadaptables al medio social, pueden ser congénitamente débiles, o conmovidos por determinados efectos sociales. Causas adquiridas o heredadas pueden poner a "un cerebro" fuera de competencia y así terminar su existencia violentamente a través del suicidio o de manera menos abrupta, pero más degradante e igualmente inexorable, a través de la locura. Podríamos decir que el suicidio sería un mecanismo natural

a través del cual la "sociedad-organismo" se autosanearía de sus elementos inadaptables, por ende, mórbidos, que irían desde leves neurosis a las más graves psicopatías.⁷⁴

Sin embargo Ramos Mejía dice no coincidir del todo con el "concepto social moderno" y rescata casos en los cuales este encuadre darwiniano es insuficiente. En primer lugar la ciencia permite anticipar a través de un cuidadoso diagnóstico, en especial de los antecedentes hereditarios los casos de aquellos que están condenados a la locura, ya que conoce "las extrañas sensaciones y sentimientos hirientes que experimentan el condenado a la locura, tanto más alarmante cuanto mayor es el ⁷⁵bagaje hereditario que posee". En tales casos el suicidio preventivo no es condenable; los casos reconocidos médicos que se quitaron la vida no deben ser reprobados, menos aún considerados como actos de cobardía o de criminalidad.⁷⁶ Las mismas consideraciones hace Ramos Mejía para "el conocido y valeroso militar" que había participado en la guerra del Paraguay, al que una bala había mutilado sus órganos genitales. O el caso del almirante Parejas, que condenado a muerte, evita la deshonra del ajusticiamiento suicidándose momentos antes, también destaca la tentativa de suicidio de Pringles, al abrirse paso entre los escuadrones enemigos. En estos casos ni las leyes sociales, ni ninguna patología, puede empañar la virtud que acompaña a estas decisiones límites. Ahora el resto de los casos, los anónimos, cuyas motivaciones nadie, o tal vez el registro policial o el juzgado de instrucción recogerán, se inscriben en los mecanismos de selección social darwiniana o "son sin duda un delito y una cobardía", sentencia Ramos Mejía. En cambio, los otros, los suicidios espectables constituyen "un dulce y supremo refugio".⁷⁷

Es evidente que tampoco Ramos Mejía había podido evacuar del análisis

científico del fenómeno algunos "convencionalismos morales", reemplazando las citas eruditas que describían los suicidios célebres de la historia universal, por ejemplos de la virtud nacional que se hacían acreedores al "derecho al suicidio".⁷⁸ Si bien restringiendo a ciertas clases o grupos socioprofesionales, como brillantes médicos, políticos prestigiosos, militares valerosos, se introduce, de la autorizada mano de Ramos Mejía, un espacio de discusión del fenómeno suicida que será explotado a principios de siglo XX, y es la visión del suicidio como una situación que enfrenta a una personalidad determinada, social y culturalmente, con una situación conflictiva vivida como límite por esa personalidad. Al reducido y selecto club de generales, almirantes y doctores, exusados y hasta elogiados por haber recurrido a "tan cobarde, delictivo o mórbido" expediente para encontrar una resolución a su problema, se irán incorporando individuos de otros grupos y clases, a través de una despatologización, en principio restringida, del comportamiento suicida se terminará por redefinir la conceptualización de esta práctica de manera significativa en los años inmediatamente siguientes.

Por otro lado las legislaciones modernas habían borrado de sus códigos "esas monstruosidades que consisten en establecer castigos para el suicida",⁷⁹ por ejemplo, en Inglaterra se enterraba a los muertos por sí mismos entre tres caminos, en España se confiscaban sus bienes, y en Cuba se ordenaba cortar la cabeza de los suicidas, despedazar sus cuerpos y quemarlos, para luego arrojar al agua las cenizas.⁸⁰ En cuanto a la legislación argentina, no parecen haberse cumplido las disposiciones sobre la prohibición del enterramiento cristiano a los suicidas, pero sí las referentes a la complicidad de terceros. No era poco, como lo hacía Ramos Mejía, plantear el suicidio como un derecho y de allí en más

discutir la práctica médica de la eutanasia. Así, en 1911 Ingenieros sólo se limita a decir: "Se podría discutir el derecho a la muerte en los suicidas, pero es evidente que su responsabilidad es intransferible; es inadmitible que el médico pueda convertirse en instrumento del suicidio ajeno. Es cierto que él conoce métodos seguros y al parecer indoloros; pero se trata de secretos que no descubre el que no quiere."⁸¹

De aquí en más veremos al trabajo de Ramos Mejía presente en todos los abordajes sobre el suicidio hasta 1931 en que, en un avance de la interpretación psicoanalítica del suicidio, Gregorio Bermann lo cita como uno de los "trabajos más brillantes escritos, entre nosotros, sobre el tema"⁸², en una conferencia que pronuncia en Viena, que en ese momento era el centro mundial de la neuropsiquiatría. Luego sólo será citado por su valor histórico.

III. 2. EL SUICIDIO COMO MANIFESTACION DE ? CONFLICTO SOCIAL.

III. 2.1 UNA VISION CRITICA DE LAS INTERPRETACIONES CIENTIFICAS.

Editada desde 1902 por José Ingenieros, la revista Archivos de psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines, recoge la preocupación por los suicidios en la ciudad, que había movilizado a un sector de la comunidad médica, pero ahora también son objeto de análisis las mismas interpretaciones del fenómeno del suicidio.

En uno de los trabajos más críticos, el doctor Fermín Rodríguez, en la oportunidad director del sanatorio de Santa María, en Córdoba, publicado en 1903, se cuestionan las lecturas anteriores del suicidio haciéndose hincapié en las filtraciones morales, religiosas y filosóficas que atravesaban constantemente el discurso científico.⁽¹⁸³⁾ Su primer aporte con el fin de despatologizar el comportamiento suicida es el intento de ubicarlo dentro del campo de los conflictos sociales. Ya sea en el plano individual como reacción frente a un "destino cruel", o, cuando se generaliza en determinados grupos sociales, como respuesta a "una sociedad tiránica". Para este autor existe una tendencia abusiva a considerar como patológica a toda manifestación de conflicto social, si bien reconoce la existencia de variadas patologías mentales que afectan a individuos como a grupos sociales enteros, no puede construirse una monomanía específica allí donde vemos un comportamiento extravagante o antisocial, práctica muy común según Rodríguez en los abordajes psiquiátricos. Los "excesos" psiquiátricos han llegado muy lejos, para este autor, y se deben reexaminar todas las autoridades en la materia por prestigiosas que sean, así Esquirol, estudia el suicidio de las casas de alienados y después de muchas aseveraciones sin pruebas, de muchas conclusiones basadas en hechos incompletos o pocos numerosos condensa su opinión en esta

frase: "Creo haber demostrado que el hombre no atenta contra sus días sino en el delirio y que los suicidas son alienados"⁸⁴. La conclusión de Esquirol es para Rodríguez sencillamente imprudente y metodológicamente carece de toda validez.

Tampoco, en la opinión de Rodríguez, el suicidio ha sido enfocado con ecuanimidad desde el punto de vista de la moral. No por eso debe merecer la aprobación o el aplauso, pero son evidentes los criterios de "moralidad miope" que condenan el suicidio, sin ni siquiera asomarse a la complejidad del fenómeno, o la hipocrecía con que se denuesta éste y otros hechos desde la "cátedra sagrada a todos los desertores de la vida"⁸⁵.

Lo que pareciera llamar la atención de Rodríguez es la aparición de una nueva clase de dispositivos de moralización y normalización que no parten de la filosofía, las religiones y las iglesias sino que parten precisamente de disciplinas científicas, que como decía Ramos Mejía se habrían despojado de muchos convencionalismos morales, religiosos y filosóficos. Pero, al parecer, para introducir otros. Si bien no lo hace explícito, se insinúa en el trabajo de Rodríguez, la percepción de un traspaso de funciones de control social y moralización, de unas instituciones a otras. Así como la religión, en la tesis de Vasquez, no era el medio adecuado para controlar las "desviaciones" modernas, porque era un remedio moral propio y funcional a las sociedades bárbaras inadecuado al estilo de vida moderno, con la omnipresente lucha por la vida; tampoco, para Rodríguez las instituciones religiosas gozaban de la credibilidad y efectividad anterior y empezaban a ver intromisiones en áreas que hasta entonces eran en gran parte de su exclusividad. Algunas ciencias o nuevas disciplinas parecen reemplazar el anatema y la amonestación de la "cátedra sagrada", por la aplicación del estigma de la locura o la anormalidad sobre aquellos individuos que se desvían de la

"norma", especialmente a aquellos que rehuyen la norma del "deber de vivir".

Claramente Rodríguez lo destaca:

"En defensa de esa doctrina llena de exclusivismos, que pretende hacer de todas las impulsividades antisociales, manifestaciones de la alienación mental, en sus múltiples formas, ha dominado tal pasión, incomprensible en inteligencias superiores, que se ha llegado hasta faltar a las reglas más severas de la lógica y de la honradez científica." ⁸⁶

La sentencia es categórica para aquellos "médicos alienistas que ven locos por todas partes", así la patologización de las conductas vistas como desviadas se transforma en un comodín teórico de gran utilidad que desbordaba las funciones que decía cumplir la ciencia.

La crítica de Rodríguez no sólo involucraba a los médicos alienistas. La invocación de la "utilidad pública", debería reemplazarse, según este médico, por el empleo de la frase "el egoísmo colectivo", cuando se lamenta la pérdida de una molécula de la sociedad-organismo que podría ser útil a la riqueza pública, en clara alusión a la postura higienista ya que rescataba el valor económico de la población. Así vemos como la invocación de la utilidad colectiva, el bien común, u otras frases similares disimulaba mal, al igual que la infinidad de patologías mentales invocadas por los alienistas, un discurso moralizante que pretendía delinear un modelo moral colectivo para señalar los desvíos del mismo como atentatorios al interés común, la salud pública, etc.

Ni la configuración de un espacio de irracionalidad que patologizara todos los contornos del conflicto social-o al menos lo intentará-, ni la configuración de un modelo de comportamiento que tendiera a privilegiar el valor

productivo de la población, estigmatizando modelos alternativos, no ayudaban a interpretar el fenómeno del suicidio. En cambio, tal vez, ayudaban al control y disciplinamiento de los comportamientos vistos como problemáticos .

Para Rodríguez, sin embargo, los locos existen, y muchos suicidios pueden ser imputados a la locura, así "el suicidio del delirante, por alcoholismo, por manía, melancolía, o el que aparece en distintas afecciones en virtud de una predisposición individual, queda fuera de discusión como acto patológico". A pesar de que la visión alienista se encuentra ya parcialmente cuestionada, se va conformando un nuevo fantasma que todo lo explicará: el alcoholismo. En el caso de los suicidios, la crítica de Rodríguez parece centrarse en la extrema dificultad y a veces arbitrariedad en que se incurre deducir del estado mental de un individuo, la imputabilidad psicológica de una acción voluntaria como el suicidio. Así, un alienado puede suicidarse y podría dicho suicidio no ser imputado a su locura sino a otras causas "normales" e inversamente, un individuo normal puede suicidarse y podría este suicidio ser imputado a "un momento de locura". Entonces resume Rodríguez: "La imputabilidad psicológica de la acción suicidio varía entre los dos polos opuestos de la obnubilación completa o del reinado de la más amplia serenidad de conciencia; entre ambos queda la gran zona litigiosa ocupada por el mayor número de casos"⁸⁷. Ya no, como para Vásquez, el mayor número de casos lo ocupan los locos, ni como para Ramps Mejía, que también fue maestro de Rodríguez, lo ocupan los cobardes y delincuentes:

"En la zona litigiosa se ubican todos aquellos casos de los individuos que voluntariamente abandonan la existencia, después de haber desempeñado satisfactoriamente un rol social, a veces brillante, cuyos actos públicos o privados han pa-

recido siempre como sometidos al control de una conciencia sana. Y sin embargo, a los más de estos se les adjudica un instante de locura, citando en el precedente de alguna rareza o extravagancia [recordemos el informe de Wilde], que todos poseemos en mayor o menor grado, alguna debilidad pasajera de carácter, la causa misma de la determinación suicida, y si eso no basta se tiene el auxilio efficacísimo de la predisposición hereditaria, exhumando el antecedente de algún antepasado remoto, gruñón, gotoso o alcoholista".⁸⁸

Pero no hay exageración en los dichos de Rodríguez, en la tesis de Vásquez vemos cómo se asociaban "algunas rarezas", en el caso del joven médico suicidado, con el acto de autoeliminación: "tenía un carácter taciturno y sombrío que hacía preveer en triste desenlace". Tampoco se exagera en el "auxilio efficacísimo de la herencia", si vemos la Revista de Psiquiatría y Criminología, nombre que tomaron los Archivos de criminología, aún en 1936 en los análisis de historias clínicas de suicidas tenemos como datos de importancia "Francisca P. de R. casada, 36 años, de padre alcoholista y tuberculoso...", "Antonio F., soltero de 37 años, italiano, regular bebedor en las comidas...", etc.⁸⁹

Rodríguez exige que al hacer una afirmación tajante sobre la anormalidad de tal o cual comportamiento se explicita el tipo normal. Pero, nadie ha descrito el tipo psíquico normal, ni siquiera esquemáticamente, "no hay dos cerebros humanos que se parezcan, [...] no existe uno sólo que sea simétrico; en una palabra, que no hay cerebro que corresponda a la norma"⁹⁰, a lo sumo la ley de "la normalidad" es una curiosa ley deducida de excepciones, una especie de patrón tutelar de los comportamientos conforme a determinadas imágenes públicas tenidas por normales. Citando a Lisle, en una de sus humoradas cuestiona una y otra vez

el concepto de normalidad: "El mundo está lleno de locos, quien esto no quiera ver deberá resistir sólo y romper su espejo".⁹¹ Se podrá hablar, de aquí en más, de mayores o menores condiciones de adaptabilidad al medio social, allí el psicólogo clínico se colocará en el terreno experimental y específico del caso, evitando referirlo sin más a condiciones de normalidad. Tendremos ahora un sinnúmero de gradaciones insensibles que separan al sano del enfermo, al normal del anormal, y éste sinnúmero de gradaciones morales constituirá la norma, pues en realidad la norma es la excepción, cuando no es inexistente por completo.

Así, Rodríguez, tratando de redefinir la dicotomía normal- patológico para clasificar los diferentes tipos de suicidios, dice:

"es en las gradaciones insensibles que separan a la salud de la enfermedad en las que debe ejercitarse la sagacidad y la buena fe del psiquiatra, y si después del estudio prolijo de los documentos póstumos, del examen retrospectivo de la vida psíquica del individuo y del desarrollo de su acción social, no se encuentra signo alguno que autorice una sospecha fundada de la presencia del estigma morboso, es menester proclamar con lealtad científica, y sin que la duda filosófica nos mantenga en vacilaciones dignas de la melancolía perpleja, que el suicidio no es siempre síntoma de locura."⁹²

No sólo se señalan los excesos de los alienistas y las funciones extracientíficas que la psiquiatría cumplía desempeñando tareas de control social y de disciplinamiento moral sobre nuevos fenómenos sociales- en los que los tradicionales controles parecían ser ineficaces o inadecuados-, como la delincuencia urbana, el alcoholismo, la locura y el suicidio, sino además se entrevé la redefinición del estatus patológico de estos últimos. En el caso del suicidio, Rodríguez propone de al-

guna manera restituirle el estatus de conflicto social, normal, legítimo; propone despatologizar un comportamiento visto como mórbido que lo descalificaba moralmente. Rescatada la conducta suicida del amplio e impreciso espacio de la irracionalidad, los suicidas ahora son descontentos que no buscan una oposición militante, abandonan simplemente un medio en el que creen no poder habitar; no lo perjudican con su bancarrota, a menudo es todo lo contrario. Retirar al suicidio de la órbita de lo patológico incluso de lo delictivo y retirarle calificativos tales como acto cobarde y aberrante, no implicaba que otras conductas sociales, retuvieran su estatus de epidemia social y se constituyeran en un verdadero fantasma merecedor de toda la batería terminológica de calificativos médico-científicos-morales. Este es el caso, sin excluir a Rodríguez, del alcoholismo. Por otro lado el suicida ejercía una oposición social no militante, lo que lo convertía en un conflicto social menos inquietante que otros. También se "democratizaban" la concepción del suicidio como un derecho, ya que no se ve como un expediente exclusivo de ciertas clases y grupos encumbrados, prestigiosos o espectables, sino que se torna un "derecho" para toda la sociedad. Además se relativizaba la concepción médico-higienista que en nombre de la utilidad social- que para Rodríguez es una terminología que encubría el egoísmo colectivo- lamentaba la pérdida sufrida por la sociedad-organismo.

III. 2.2 EL SUICIDIO COMO EXPRESION DE UN PERIODO TRAUMATICO DE TRANSICION SOCIAL.

Apenas dos años después de la aguda revisión de las perspectivas psiquiátricas e higienistas de Rodríguez, se produce una vuelta a los primeros esbozos de los médicos del Círculo en torno de la evaluación de los perjuicios y beneficios que la presencia de la Civilización había acarreado a la ciudad de Buenos

Aires. Una completa evaluación de la problemática del suicidio a la luz de los aportes de los más prestigiosos especialistas franceses e italianos del momento, la realiza Víctor Arréguine que intenta reubicar el eje de la discusión en los trastornos que atrajo a la sociedad urbana la transformación de la ciudad en una urbe moderna, pero con el agravante que significó el aluvión inmigratorio que acompañó el proceso.⁹³

En primer lugar las tasas de suicidio siguen siendo alarmantes, superando incluso, según las mediciones de Arréguine, a las de la ciudad de Londres. Son cuatro las principales líneas interpretativas a explorar: la que centra su atención en la relación entre el suicidio y sus variaciones porcentuales con la organización social; la que privilegia los factores extrasociales, es decir las causas vinculadas con el clima y la geografía; las relacionadas con los complejos mecanismos de la raza y la herencia, y por último las explicaciones de orientación darwinista.

La explicación "darwinista" que proponía al suicidio como una especie de válvula de seguridad social que protegía a la sociedad-organismo contra las más variadas enfermedades mentales y deficiencias raciales, era muchas veces más una justificación que una explicación, en la visión de Arréguine. Entre los factores extrasociales sólo los vientos parecen ser tomados en cuenta por este autor. Esta curiosa y recurrente preocupación por la relación entre los vientos y los suicidios de la que encontraremos testimonios hasta 1934⁹⁴ llevó a que se realizaran estadísticas comparativas para medir la influencia de cada uno de los vientos que atravesaban la ciudad clasificando al N., al S., al E. y al N.E. como los cuatro vientos de la muerte. Aunque para Arréguine "el N. cálido y mortificante es esti-

mulante y predisponente para los hechos desangre y en especial para el suicidio.⁹⁵

Sin embargo la atención de Arréguine se dirige a la primera de las líneas interpretativas expuestas:

¿Qué relación hay entre este fenómeno y la organización social en donde tiene lugar?. Casi parafraseando a Durkheim, pero sin conocerlo, Arréguine responde: "Se carga a la civilización una deuda la proliferación de los suicidios que en realidad debería atribuirse a sus deficiencias, al desequilibrio entre los progresos materiales y los progresos morales".⁹⁶ Así que la fórmula "a mayor grado de civilización, mayor grado de suicidios", carece de valor absoluto, y podría referirse a alguna etapa de los procesos de civilización, como la que Buenos Aires vivía a principios de siglo, pero de ninguna manera un porcentaje social tan alto de suicidios podía ser considerado estructural a la civilización. La "transición de la barbarie a la civilización" es deseable y positiva, pero, como era de esperar, no exenta de problemas a resolver.

Para Arréguine las sociedades están constituidas por un conjunto de elementos íntimamente ligados, de los cuales algunos son permanentes o estructurales y otros transitorios y se hace muy difícil imputar algunos efectos (como el suicidio) a cada grupo de factores, los permanentes y los transitorios. De allí que muchos hayan atribuido los índices crecientes de suicidios a factores estructurales de la civilización y no a anomalías transitorias o subsanables.

La ciudad de Buenos Aires estaba viviendo un proceso de transición, en el cual se pasaba de la gran aldea a la moderna urbe y se arrastraban tanto viejas deficiencias, colectivas e individuales, como nuevas dificultades,

" la pérdida de la fe religiosa, debida en gran parte a la divulgación de conocimientos, la semiciencia que hace soñar

con merecer una mejor ubicación social a muchas almas débiles y vencidas [...], las ideas sobre el honor en la mujer, las injusticias sociales, el triunfo del dinero, del la audacia y de la mediocridad; la facilidad de adquirir armas y venenos; el ejemplo de la muerte voluntaria divulgado en el teatro, la prensa, en las novelas presentando a veces como solución única a las bancarrotas del orgullo, de la fortuna y del amor; la lucha por ocupar las primeras posiciones, la difamación civil y política, [...], la vanidad que conduce al civilizado entre otras cosas al hambre y sed de lo superfluo y, para aplacarlas, al juego, a las deudas, a las trampas, a las deslealtades, a los delitos, al crimen y, en último término, al suicidio. Pero, ¿todo esto es imputable a la civilización o a sus deficiencias?"⁹⁷

Entonces, a mayor cantidad de suicidios en una sociedad civilizada corresponderá una mayor cantidad de deficiencias - generalmente vistas como de orden moral- a resolver.

Sin embargo, Buenos Aires tiene una "deficiencia" adicional, a las que presentan las sociedades en proceso de civilización, especialmente las europeas: la inmigración masiva. Los estudios de M. Legoyt y M. Tarde sobre la relación de la práctica de suicidio con los procesos migratorios, tanto en Dinamarca, en donde el suicidio disminuye cuando la emigración aumenta, como en Alemania, en donde el suicidio aumenta cuando la emigración disminuye, son tomados en cuenta en el estudio de Arréguine. Entonces el suicidio, supone el autor, debe guardar alguna proporción con la masiva inmigración, y empieza a considerarla como causa importante de su incremento. Las expectativas abiertas en los extranjeros por las oportunidades que parecía brindar la ciudad al verse eventualmente frustradas, constitu-

ían un problema más traumático que en los nativos pues: "carecían de vínculos políticos, religiosos, etc., que siempre facilitan una vida de relación y determinan con mayor energía la ayuda mutua"⁹⁸. Entonces, a las deficiencias en la organización social y en el orden moral, es decir la carencia de un modelo de comportamiento adecuado al funcionamiento de las nuevas sociedades civilizadas, que debe indicar a los individuos cuales son las ambiciones y expectativas "legítimas" se suman las deficiencias de orden cultural que se dan específicamente en Buenos Aires debido a la "heterogeneidad" que se observa en su población y en sus costumbres. Carencia de normas que orienten los comportamientos sociales y multiplicidad de identidades culturales son vistas como una mezcla inquietante que se podría traducir en diferentes formas de conflicto social. M. Tarde, en la opinión de Arréguine el más ingenioso de los sociólogos contemporáneos, atribuía el estado de crisis de las sociedades contemporáneas a la debilitación del freno religioso y de los prejuicios tradicionales y, detrás de estas causas, al alcoholismo y la multiplicidad de relaciones; en la ciudad de Buenos Aires estas condiciones estaban más que satisfechas, por eso el fenómeno del suicidio debe definirse como "una epidemia moral cuya profilaxis es difícil y cuya intensidad y propagación depende del estado enfermizo de la conciencia universal"⁹⁹. Arréguine llega a la conclusión que el avance de la civilización en el mundo es un proceso universal e inevitable en el que: "la falta de objetos altos y ennoblecedores produce la depreciación de la vida y de los mismos placeres que la estimulan [...] de ahí resulta que tanto los fracasados como los simplemente aburridos se maten con la mayor naturalidad del mundo"¹⁰⁰. Pero esta ausencia de sentido de la vida es un fenómeno transitorio, y la baja del porcentaje social de los suicidios será el indicador de la constitución de un nuevo orden moral funcional con las exi-

gencias a que el proceso de civilización ha sometido a las sociedades modernas. Aunque las líneas directrices del proceso de desencantamiento del mundo escapen a cualquier tipo de control no debe renunciarse al intento de acotar los fenómenos inevitables como el suicidio entre límites aceptables. La imitación y la sugestión producida por la desatenta, difusión que reciben los suicidios y los crímenes, tema que también era señalado por Tarde provocan, al menos, la prevalencia de ciertas modalidades. La muerte de Leandro Alem, quien se mató de un tiro en un carruaje de alquiler, originó en la ciudad en poco más de un año de ocho a diez casos de imitación de medio y escenario. También fue una "moda" arrojar al Río de la Plata durante la travesía de los vapores. La sugestión mental es para Arréguine un proceso científicamente comprobado, pero una sugestión sólo se traduce en acciones cuando el terreno psíquico se encuentra preparado y esta preparación se relaciona con la crisis moral que atravesaba la sociedad urbana y no con la difusión desatenta de suicidios y crímenes. Sin embargo es un factor que desencadena potencialidades que sería imprudente exacerbar.

Arréguine ensaya algunas mediciones estadísticas que lo llevan a concluir que la progresión de suicidios en la ciudad, si bien es vacilante, se torna inquietante.

En enero de 1881 con una población de 327.323 habitantes, Buenos Aires tuvo 36 suicidios y tentativas, 30 para los hombres y 6 para las mujeres. La tasa o el porcentaje social es de 11 suicidios y tentativas por cada 100.000 habitantes. En 1897, es decir 16 años después, el número absoluto de suicidios y tentativas es de 267 lo que arroja para una población de 715.052 habitantes una tasa de 37 suicidios y tentativas por cada 100.000 habitantes. ¹⁰¹ Mas allá de los errores

eventuales de medición y de lo que realmente puede representar una estadística de este tipo, la cifra es muy alta para la época, comparada con la de otros países y aún más si la comparamos con las cifras actuales. Si agregamos a esto que se aceptaba un importante porcentaje de "cifras negras" o de subvaluación por ocultamiento, existían motivos para la actitud preocupante que muestran los que abordan el tema. Sin embargo el uso de herramientas estadísticas era una metodología muy prestigiosa que ayudaba a validar hipótesis, muchas veces por el sólo hecho de acompañarlas con cifras que en realidad poco presentaban.

Llama la atención a Arréguine el abrumador porcentaje de hombres en las estadísticas de suicidio (1640 hombres y 548 mujeres solamente) aunque no toma más que las cifras absolutas, sin compararlas con el total de hombres y mujeres en la población. ¿A qué lo atribuía el autor?: la mujer se resigna mejor frente a las frustraciones, tiene una mayor aptitud para el sufrimiento, menos ambiciones, menos luchas, mayor religiosidad; en general sus pasiones son más moderadas, en especial una: el consumo de alcohol, y por último la maternidad "es un preservativo contra las tentaciones de la muerte voluntaria".¹⁰²

En Buenos Aires, la marcha de los suicidios y los homicidios, no son inversas, como en la época sostenían las tesis de Ferri y Morselli de la escuela criminológica italiana, sino paralelas y crecientes. Para Arréguine, si bien el homicidio es un hecho antisocial de características egoístas por excelencia y el suicidio es el menos egoísta de los hechos antisociales, ambos por acusar no sólo causas sino direcciones y objetivos diferentes, no son susceptibles de transformarse el uno en el otro, lo que sería la única explicación satisfactoria de las supuestas marchas inversas entre los suicidios y los homicidios.

III. 2.3. El suicidio y el vicio.

Desde fines del siglo pasado los alienistas definieron una monomanía especial para calificar a aquellos que en diferentes grados abusaban del alcohol: la locura alcohólica. Ramos Mejía no era menos implacable para calificar el fenómeno del alcoholismo moderno: "En el fondo de una botella caben todos los delitos y todas las maldades imaginables, el alcohol estimula, el alcohol fecunda y despierta todo ese cúmulo de sentimientos bulliciosos que el hombre hereda del bruto y que la conciencia en estado de salud refrena con su equilibrio potente."¹⁰³

Gache agrega precisiones:

"Aparte de que quienes se entregan a la bebida son generalmente gentes sin educación, o que si la tienen es muy reducida, obra un conjunto de circunstancias muy singulares que no se deben perder de vista, por lo que hace a los hombres. Queremos referirnos a la poca vigilancia que existe para los individuos que sin tener ocupación conocida pasan sus días en los almacenes o casas de juego. ¿Qué resulta de esto? Que todos ellos paulatinamente van acariciando el detestable vicio, y concluye por aceptar como una necesidad impuesta a su existencia."¹⁰⁴

Para el alcoholismo no hay contemplación, para combatir este fenómeno se recurrirá a la represión si es necesario, si bien no es que se ignorasen las circunstancias sociales que rodeaban la génesis del alcoholismo, prácticamente nadie se atreve a encarar un análisis de este fenómeno sin hacer suficientemente explícito al menos un párrafo de discurso moralizante sobre el mismo. Denostar la práctica del alcoholismo se convertía en un meta-valor inapelable y, su tolerancia impensable aún para los nuevos científicos sociales supuestamente libres

de convencionalismos morales y religiosos . Como siempre en Ramos Mejía se podía encontrar alguna puerta autorizada a la transgresión, en el artículo de Arréguine vemos, ya con referencia al suicidio, una ampliación de la idea de Ramos Mejía del alcohol como estímulo de ciertos sentimientos. En opinión de Arréguine el alcohol por sí solo no explica ni el suicidio ni el delito, sino que es un medio para estimular dichas acciones. Muchos individuos, para delinquir, apelan al alcohol para darse valor, también los que van a suicidarse. No sólo actos delictuosos necesitan de estímulo en ciertos casos y personalidades, sino actos heroicos, hazañas de guerra han necesitado del estímulo del alcohol, hasta la inspiración de ciertas obras de arte. También actos más cotidianos y triviales, como la concreción de un negocio importante, una declaración de amor, o el presentarse a una mesa examinadora, reclaman, a veces, de algún estimulante. Pero esta interpretación de los efectos del alcohol es, en ese momento un tanto audaz y excepcional. La norma será denostar "el vicio" de manera absoluta, sin admitir siquiera un ligero matiz a través del cual se puedan justificar algunos casos.

En el mismo año, 1905, un extenso trabajo de Fermín Rodríguez, que dos años antes había publicado un novedoso enfoque del fenómeno del suicidio, ahora con su "Influencia del alcoholismo sobre el suicidio, en Buenos Aires", se suma al coro de los discursos moralizantes que tienen por objeto al alcoholismo:

"Desde la exalación agradable de las fuerzas, la benevolencia cariñosa y la impertinente locuacidad, que es muchas veces el indicio de una embriaguez inicial, hasta las alucinaciones aterradoras del delirium, que llenan el espíritu de visiones, de espectros y de sangre, encontramos en el alcoholismo todos los eslabones de esa larga cadena de

degradaciones orgánicas que vinculan al hombre con la bestia" ¹⁰⁵

dice Rodríguez sin vacilar. Pero, ¿cuál es la psicología mórbida del alcoholismo? Parecía que el alcohol imprimía a la actividad cerebral "en sus formas de receptividad" modificaciones que se traducían en la distorsión de las percepciones morales, en otros términos, el alcohol producía una anestesia moral que liberaba en diferentes grados a "la bestia" que todos tenemos.

Pero no se le concedía al alcohol efectos de anestesia moral, ya sea para vencer el miedo, o para realizar un acto heroico. No, el alcohol siempre libera pasiones negativas que la cultura y la civilización se encargaron por años de domesticar.

La psicología del alcoholismo ocupa páginas y páginas de las revistas médicas, existiendo tantas variedades y gradaciones como en las múltiples manías de fines del siglo pasado. En lo que a nosotros nos interesa existe, en el estado de embriaguez que produce un abuso alcohólico, un período señalado como "el del crimen"; en el que el suicidio puede consumarse a ; "la más ligera insinuación, por la causa más fútil, la cual se convierte así en un primer impulso que provoca fatalmente la sucesión de fenómenos que terminan en estos suicidios injustificados, inexplicables." ¹⁰⁶ El alcohol explica lo que los alienistas de fines del siglo pasado explicaban como las sobreexcitaciones maniacas, las locuras súbitas que interpretaban los suicidios inexplicables o injustificables.

En base a los archivos de la Justicia de Instrucción Rodríguez ilustra sus hipótesis con diferentes casos, en las que la brusquedad del impulso suicida y la ausencia de documento escrito hacen sospechar el "suicidio alcohólico". Un joven obrero de conducta intachable, bebe copiosamente por primera vez con

unos amigos y cae en la embriaguez más profunda, se dirige a continuación a pedirle dinero a su madre, ésta se lo niega y el joven se aplica tres puñaladas en el pecho. Un comerciante extranjero festeja con un amigo un brillante negocio y bebe en exceso, se lamenta, murmura incoherencias y se arroja inexplicablemente desde un segundo piso a la calle. A causa de ello muere. El alcohol explica lo inexplicable y reemplaza al "ataque de locura"¹⁰⁷.

Pero no sólo el alcohol es una anestesia moral sino también una anestesia física de las más poderosas. Cuenta Rodríguez una experiencia personal siendo interno del hospital Rawson, en la que durante una cruenta operación realizada a un hombre que "después de una orgía" que incluyó mucho alcohol posteriormente se arrojó a las ruedas del tramway que le destrozaron un brazo, destaca, "... por entre las carnes dilaceradas salían fragmentos de huesos triturados, los dolores deberían ser atroces, máxime cuando aquél miembro se movía en todas direcciones como el de un polichinela [...], el infeliz sufrió una operación horriblemente dolorosa sin exalar queja"¹⁰⁸. Así, esta "siniestra" combinación de anestesia moral y anestesia física puede llevar a la consumación de crueles y extremadamente violentos crímenes y suicidios.

También es frecuente encontrar, dice Rodríguez, en los Archivos de los Juzgados de Instrucción muchísimos casos de suicidios alcohólicos, provocados por "alucinaciones al oído". El ebrio recibe misteriosas órdenes que lo instigan a matarse o matar.

Si es cierto que el alcoholismo crónico o el esporádico es una importante causa de suicidio, ¿por qué no se refleja en las estadísticas policiales en las que alcanza valores muy pequeños? Rodríguez hace algunas importantes observaciones

metodológicas a las estadísticas recogidas con criterios policiales y legales. Desde el 1 de Enero hasta el 1 de Abril se realizaron 1702 suicidios en la ciudad de Buenos Aires y tentativas frustradas. En la estadística policial sólo 23 casos se asocian con el alcohol como causa, o sea el 1,35% del total, lo que no justificaría preocupación alguna por el fenómeno del alcoholismo en relación con el suicidio. Los errores, para Rodríguez, deben buscarse en dos de los rubros de mortalidad discriminada por causa "demencia" y "diversas e ignoradas", que respectivamente agrupan 176 y 642 casos. El primer problema se encuentra en el concepto de demencia que manejan los funcionarios encargados de catalogar los casos, que es diferente del concepto médico de entonces, para el profano, los delirios alcohólicos son considerados una forma de demencia. Sin descartar que los agentes tóxicos que contiene el alcohol a la larga puedan determinar una verdadera demencia, el alcohólico no es un loco, es un vicioso. Para Rodríguez ésta distorsión estadística es un subproducto del abuso que hacen los alienistas del concepto de locura, que ha alcanzado el criterio de funcionarios policiales y judiciales y también al sentido común. No todo comportamiento extraño o "desviado" debe, en opinión de Rodríguez, asociarse a la demencia, ese es un exceso profesional de la psiquiatría que extiende indebidamente su objeto al campo de los estudios "médico-sociales".

También dentro de la enorme proporción de causas "diversas e ignoradas" y luego de recorrer centenares de sumarios Rodríguez dice encontrar "un sin número de casos" de suicidios que son plausibles de asociar con los excesos alcohólicos. Se va entonces perfilando el fenómeno del alcoholismo como otra afección preocupante que se identifica como importante causa de los suicidios y del crimen urbano; en palabras de Rodríguez: "el alcoholismo reviste proporciones dignas de llamar

la atención y que obligan a dar la voz de alarma para que sea señalado como el enemigo mortal de las generaciones futuras y de gran parte de las actuales".¹⁰⁹

La Policía ha llevado estadísticas de ebriedad en la ciudad de Buenos Aires desde 1885 en adelante computando a aquellos individuos que han tenido entrada por ebriedad en el Departamento de Policía y en las Comisarías seccionales. A las estadísticas policiales, Rodríguez les efectúa algunas importantes correcciones que reducen el alarmante índice de ebriedad. Trata, en primer lugar, de discriminar los alcohólicos reincidentes, que estima ocupan un 60% de los totales de cada año, con lo que las cifras se ajustan a las de otras ciudades modernas. Una curiosa característica que observa Rodríguez es la modalidad del alcohólico bonaerense, que "por temor a la autoridad o por motivos que escapan al análisis, no pasea por las calles [...] ni aún en las grandes fiestas populares".¹¹⁰ Es pudoroso, se aísla, no se exhibe como por ejemplo lo hace el "roto" chileno.

Si observamos las variaciones de tendencia de la curva de alcoholismo, tenemos que el índice de ebriedad pública, bastante elevado en 1885, asciende bruscamente en los años 1886 y 1887, para descender en 1888, elevarse en 1889 y descender por fin en los años subsiguientes hasta una cifra estacionaria. La interpretación de las variaciones de esta curva es, para Rodríguez, de gran importancia pues en cierto modo "es el índice de moralidad de un pueblo", de cuán vicioso o virtuoso es.

Confundido con la masa de inmigrantes que año a año fluía a la ciudad, con "estos elementos de nuestro progreso, nos llegaban además la escoria de los vicios y las degeneraciones europeas, hasta el punto que la emigración se ha convertido, para los pueblos del viejo mundo, en una especie de drenaje que extrae de

su organismo a los miembros de la numerosa familia del delito". Todos estos "perniciosos elementos" que atraídos por la perspectiva de fáciles riquezas arriban en gran cantidad a la ciudad, no sólo delinquían sino que hacían escuela y propagaban sus prácticas "delictivas y viciosas", en aquellos que sin ser delincuentes ni viciosos se encontraban ocasionalmente sin empleo o frecuentaban lugares en común con ellos. Frente al creciente problema de la delincuencia urbana, y la importancia de la policía para encarcelar a "conocidos delincuentes" por no poder probar una causa justificada, se los encerraba "por ebriedad" en alguna seccional por 24 horas, luego se lo trasladaba sucesivamente por las 28 secciones de policía, registrándose las respectivas entradas por ebriedad, que en realidad no eran exactamente por ebriedad, *distorsionándose* las estadísticas realizadas en base a los libros de guardia, que eran una importantísima fuente primaria de datos. Este mecanismo, conocido en la jerga policial como "la gira", parece no importarle tanto a Rodríguez como "monstruosidad de la justicia y atentado a la libertad personal" sino como "flagrante delito de impostura estadística", que afectaba la validez de los estudios médicos-sociales.

Por un lado se había generalizado la "falsa imputación delictuosa de ebriedad" para poder encerrar a una variada gama de delincuentes, por lo que se sobrevaluaban los registros de ebriedad de la ciudad de Buenos Aires. Por otro lado se había generalizado la falsa imputación de demencia a casos de suicidios y crímenes diversos lo que subvaluaba la causalidad del alcohol en estos hechos. Lo que parece evidenciarse en Rodríguez es el virtual desplazamiento de un comodín interpretativo, la demencia, a otro, el alcoholismo, para explicar precisamente los hechos policiales y judiciales "inexplicables". Claramente podemos registrar este corrimiento: "el alcoholista crónico sigue fatalmente una pendiente que le

precipita al abismo de la locura, el crimen y el suicidio". También, y aunque haciendo la salvedad de que el alcoholista no es un demente, pero puede volverse loco por su causa, la Dirección del Hospital de las Mercedes, registra entre los enfermos entrados en el año, en primer lugar la forma de "locura tóxica", luego, las "locuras generalizadas" y por último las "locuras orgánicas", según los datos recabados por Rodríguez.

La importancia creciente del delito urbano, que aumenta a una tasa mayor que la de la población, (en 1886 se registraron 1952 delitos y en 1896 la cifra es de 5692)¹¹³, y los problemas de la propagación de los suicidios también a tasas importantes, son dos complejos fenómenos modernos que no pueden dejar de relacionarse con la masiva ingestión de alcohol. Para Rodríguez es particularmente íntima la relación entre los suicidios infantiles y los antecedentes de alcoholismo de los progenitores, y también dice constatar la relación entre tentativas de suicidios en adolescentes y graves cuadros alcohólicos en la etapa de adultez.

Vemos cómo en torno del alcohol como causa omnipresente, se articulan diversas formas de delito y suicidios, que dos o tres décadas atrás se vinculaban con formas de demencia que se adaptaban a casi todos los requerimientos de la alienista, mecanismo abusivo que el mismo Rodríguez calificaba de "paranoia alienista" y que consistía en "encontrar locos por todos lados", ahora en el campo de lo que el mismo autor denomina "estudios médico-sociales" se empieza a entrever una "paranoia alcoholista" que tiende a enrarecer el análisis con discursos moralizantes.

En Buenos Aires, con referencia al consumo de alcohol, "no han esquina cuyos muros no estén cubiertos por los anuncios multicolores de todos los bitters, amargos y aperitivos imaginables, verdaderos explosivos, en cuya elabora-

ción interviene como factor indispensable la esencia mortífera [...] que provoca consecuencias fatales" ¹¹⁴. Existían además en Buenos Aires 6.638 establecimientos en donde se despachaba bebidas alcohólicas, es decir uno por cada 67 adultos de ambos sexos, proporción que el autor considera mayor que la de París, y como "La proliferación de despachos de bebidas constituyen una perenne tentación al alcoholismo y a sus consecuencias fatales; enfermedades, locura, crimen y suicidio" ¹¹⁵, se hace necesaria entonces, una profilaxis urgente, ya que con la disminución del alcoholismo se atenuarían sus consecuencias fatales: crímenes, locuras y suicidios. Hay que buscar la forma de delimitar la difusión de establecimientos y publicidades que "atraen con toda la fuerza irresistible, fascinadora y diabólica del vicio", pues además el alcoholismo se transmite -como la teoría de la degeneración de la psiquiatría- por herencia destruyendo razas enteras, o al menos "debilitan y empobrecen sin compensación alguna el organismo nacional", como dirían los médicos higienistas.

Un espacio social se ha vuelto el caldo de cultivo de todas las lacras sociales modernas, la taberna, el café y la cantina, que cobran un mayor tributo de los pobres que concurren a esas "escuelas de la mendicidad, del vicio y del crimen", donde el "novicio experimentará las nuevas tentaciones, allí esboza las primeras enseñanzas que terminarán en otros medios de depravación: la cárcel". Serán entonces la cárcel, el hospicio o el suicidio la morada final de los alcohólicos. ¿Qué hacer entonces? Al menos, gravar con altos impuestos el consumo de alcohol, pues si en definitiva el consumo no se alterase, el fisco es el que gana y si el vicio disminuye la que gana es la higiene que se traduce a la larga en riqueza. ¹¹⁶

III. 3. Hacia el fin de la preocupación por el suicidio.

En 1909 se presenta en la Facultad de Ciencias Médicas la última tesis del período que tiene como tema central el suicidio en la ciudad de Buenos Aires. En ella todavía se lo enfoca con cierta alarma, cerrando una primera etapa de trabajos sobre el tema en los que el suicidio fue definido como un grave problema social con características de epidemia. De aquí en adelante, como luego se verá, los abordajes cobran nuevas características.¹¹⁷

La tesis pertenece a Amilcar Luzuriaga, ex interno del Hospital Militar, y tanto Pedro Mallo, como Ramos Mejía y Lucio Meléndez, recomiendan su publicación.

Por primera vez se intenta precisar una definición del suicidio y se repara en las dificultades que esto acarrea. "El suicidio, es el acto por el cual, sea en la plenitud de su razón y en su voluntad, sea bajo el golpe de una afección mental, el hombre pone fin a sus días".¹¹⁸ Así, Luzuriaga opta por una definición ampliamente inclusiva en la cual la incidencia de la intencionalidad del acto, la conciencia o voluntad de realizarlo no establecen los límites de lo que es y lo que no es suicidio. El autor sacrifica la precisión en áreas de la amplitud del objeto de estudio tal como lo hacían Medicina Legal que definía al suicidio como muerte voluntaria sin entrar a considerar el estado físico, moral o psíquico que lo ha producido. Pero por lo menos el problema de definir el suicidio en base a los criterios de conciencia, intencionalidad y voluntad, comienza a señalarse, y también cierta conciencia de que los límites del fenómeno ~~no se hallaban~~ conceptualmente acotados.

Tampoco Luzuriaga puede, como hiciera Vázquez diez y ocho años atrás, calificar sin más de dementes a todos, o a la mayoría de los suicidas, la fórmula que utiliza acusa a los debates previos y las críticas a los excesos de "la hipó-

tesis de la locura" que entusiasmará a tantos alienistas. En primer lugar, como había señalado Ramos Mejía, se discrimina al mínimo porcentaje de suicidas a quienes han asistido todas las razones para concluir con su vida, es decir, aquellos casos espectables en que algún individuo de excepcionales características morales hubiera comprometido su honor, el de su familia, o el de su patria. Después de este grupo y el orden creciente de importancia tenemos a los suicidas manifiestamente dementes, los que obran bajo la pérdida patológica de la razón; y por último un grupo, el más numeroso, cuyo estatus es más difícil de precisar. En éste encontramos características presentes en los dos grupos anteriores en variadas proporciones y combinaciones, así tanto participa de este grupo el individuo de "carácter nervioso" o el "depresivo y melancólico" que en combinación con una situación conflictiva como un desengaño amoroso, un mal negocio, la pérdida de un empleo, la no consecución de un empleo, una enfermedad grave, un proceso penal, etcétera, desemboca en el suicidio. Pero cuando la combinación de una circunstancia especialmente conflictiva y un especial estado psíquico que puede ser provocado por la situación, heredado o adquirido bajo cualquier otra circunstancia, se resuelve en suicidio; podemos suponer que en ese momento el individuo se encuentra enfermo o atraviesa un momento psicológicamente anormal. La modificación en la perspectiva de análisis es significativa, más aún en una tesis de orientación psiquiátrica. Vemos que hay muchos cuidados y pasos previos antes de tildar a una conducta de alienada, aunque a veces no sea más que rodeos formales para evitar la asociación de algunos trabajos psiquiátricos con los excesos en que habían incurrido algunos alienistas en el uso de la "hipótesis de la locura". Pero ya no todos los que se alejan en alguna medida del "tipo normal", nunca explicitado, son catalogados con algunas de las múltiples formas de locuras que explicaban el supuesto desvío de la norma, se nota

una cierta "tolerancia" hacia comportamientos que pocos años antes suscitaban el anatema médico, científico y moral.

También se suaviza la efectividad de la transmisión hereditaria de ciertas enfermedades mentales y del mismo suicidio sin descartarla del todo.

Pero uno de los aspectos más importantes del trabajo, es un intento de relevamiento estadístico del suicidio en la ciudad para un periodo considerablemente largo que va de 1890 hasta 1907, confeccionado utilizando un mismo criterio, y con una exhaustiva discriminación de los casos por sexo, edad, nacionalidad, estado civil y medio empleado en la consumación del acto. Esta estadística confirma las previsiones de trabajos anteriores, en base a datos fragmentarios o recogidos bajo diferentes criterios y por lo tanto muy poco confiables y ratifica la tendencia ascendente del fenómeno en términos absolutos y relativos. Para 1890 el primer año analizado, calcula una tasa de suicidio del 19 por 100.000, y para el último año estudiado el porcentaje total de los suicidios llegó al 33 por 100.000.

Ordenando los datos recabados por Luzuriaga obtenemos los siguientes cuadros:

Población de la Capital Federal

1890	547 144	1896	712.095	1902	870 237
1891	535.060	1897	738.484	1903	895.381
1892	554.713	1898	765.744	1904	979.235
1893	580 371	1899	795.323	1905	1.025.653
1894	603 012	1900	821.293	1906	1.084.113
1895	677.780	1901	848.367	1907	1.129.283
				1908	1.189.180

Suicidios discriminados por sexo

Años	Hombres	Mujeres	Total	Años	Hombres	Mujeres	Total
1890	106	19	125	1900	145	59	204
1891	118	32	150	1901	180	72	252
1892	110	27	137	1902	179	64	243
1893	102	44	146	1903	171	79	250
1894	126	51	177	1904	167	72	239
1895	126	56	182	1905	172	78	250
1896	168	61	229	1906	201	80	281
1897	195	90	285	1907	221	122	343
1898	154	53	207	1908	264	129	393
1899	142	53	195				

Suicidios y tentativas en la Capital
Federal entre 1890 y 1908

Años	Suicidios	Tentativas	Total	Años	Suicidios	Tentativas	Total
1890	71	54	125	1900	110	94	204
1891	78	72	150	1901	143	109	252
1892	79	58	137	1902	132	111	243
1893	73	73	146	1903	139	111	250
1894	93	84	177	1904	126	113	239
1895	98	84	182	1905	149	101	250
1896	103	126	229	1906	171	110	281
1897	144	141	285	1907	173	170	243
1898	104	103	207	1908	206	187	393
1899	98	97	195				

Nacionalidad de los suicidas

Años	Argentinos	Alemanes	Espanoles	Franceses	Ingléses	Italianos	Otros	Total.
1890	32	10	18	5	2	43	15	125
1891	43	4	18	27	2	47	9	150
1892	46	6	11	20	4	37	13	137
1893	51	2	15	14	3	45	16	146
1894	40	21	24	14	4	53	21	177
1895	56	3	34	7	4	55	23	182
1896	63	16	31	28	2	62	27	229
1897	76	10	41	25	8	98	27	285
1898	66	-	27	20	1	70	23	207
1899	59	6	28	9	1	63	29	195
1900	67	3	33	11	2	69	19	204
1901	87	5	46	22	3	66	23	252
1902	81	5	32	8	9	77	31	243
1903	88	14	40	13	1	68	26	250
1904	76	4	36	24	1	68	30	239
1905	109	5	32	16	3	51	34	250
1906	94	3	44	22	8	67	43	281
1907	122	3	51	18	2	99	48	343
1908	139	6	66	27	-	112	43	393

Estado Civil de los suicidas:

Estado Civil	AÑOS.....																		
	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
	A. Hombres																		
Solteros	65	73	59	65	81	80	95	124	97	80	79	88	106	96	91	100	140	128	142
Casados	35	37	44	32	39	40	62	61	48	48	48	75	60	61	67	53	54	79	103
Viudas	6	8	7	5	8	6	11	10	9	14	18	17	13	14	9	17	7	14	19
Total A	106	118	110	102	128	126	168	195	154	142	145	180	179	171	167	172	201	221	264
	B. Mujeres																		
Salteras	10	17	16	24	30	31	42	44	29	24	28	40	34	35	36	52	50	73	71
Casadas	8	10	6	14	16	22	12	45	17	22	28	23	27	36	31	19	23	41	44
Viudas	1	5	4	6	3	3	7	1	7	7	3	9	3	8	5	7	7	8	14
Total B	19	32	27	44	49	56	61	90	53	53	59	72	64	79	72	78	80	122	129
Total A+B	125	150	137	146	177	182	229	285	207	195	204	252	243	250	239	250	281	213	393

Edad de los suicidas

Edades	Años																		
	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
	A - Hombres																		
Hasta 15 años	1	-	1	1	-	3	-	1	-	3	-	-	2	3	-	4	2	2	3
De 16 a 20	10	12	12	11	16	19	16	25	19	9	10	15	22	22	15	20	25	23	26
De 21 a 25	23	20	44	13	17	22	20	27	23	14	17	27	19	18	21	30	28	29	33
De 26 a 30	24	29	23	23	20	15	25	23	17	20	26	28	21	27	24	18	29	43	31
De 31 a 35	11	18	16	15	14	24	30	25	18	25	25	23	23	15	20	17	16	18	32
De 36 a 40	11	12	7	6	21	10	18	18	20	19	19	27	27	20	19	10	24	25	40
De 41 a 50	17	13	19	17	19	10	24	42	26	20	19	29	29	26	29	26	37	36	27
De 51 a 60	9	10	12	12	10	12	23	20	15	18	17	19	17	21	17	22	15	28	39
Más de 60	-	4	4	3	7	5	9	10	9	5	12	22	19	19	22	25	25	22	16
Sin especificación	-	-	2	1	4	6	3	4	7	9	-	-	-	-	-	-	-	-	17
Total A	106	118	119	102	128	126	168	195	154	142	145	180	179	171	167	172	201	221	264
	B - Mujeres																		
Hasta 15 años	-	3	2	4	4	2	2	4	2	1	1	2	3	4	1	2	2	3	1
De 16 a 20	5	7	7	10	18	15	18	30	16	16	16	20	17	19	25	23	26	38	38
De 21 a 25	8	7	5	8	9	17	14	21	7	9	15	17	15	15	16	27	18	30	39
De 26 a 30	2	7	4	6	6	9	10	11	10	12	12	10	4	12	8	8	14	18	20
De 31 a 35	2	2	4	5	3	4	7	8	9	1	7	5	9	7	7	5	2	9	3
De 36 a 40	2	1	5	5	2	5	3	6	4	4	3	6	8	10	5	4	7	7	11
De 41 a 50	-	1	-	2	1	1	3	6	3	6	2	6	3	5	6	3	5	11	9
De 51 a 60	-	4	2	3	6	2	2	2	1	1	3	1	2	4	3	3	4	4	5
Más de 60	-	-	-	1	-	1	2	2	-	3	-	5	3	3	1	3	2	2	3
Sin especificación	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total B	19	32	27	44	49	56	61	90	53	53	59	72	64	79	72	78	80	122	129
Total A+B	125	150	137	146	177	182	229	285	207	195	204	252	243	250	239	250	281	343	393

Medios empleados en la perpetración de suicidios y tentativas

Medios	Años																		
	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Armas cort. y punzantes	15	25	18	20	14	21	27	34	28	22	18	29	30	32	27	25	27	36	
Armas de fuego	78	90	77	67	79	84	91	126	85	88	89	100	98	100	98	111	122	145	
Precipitación a pozos	-	-	-	-	-	10	6	6	6	3	5	6	4	5	5	3	3	3	
Precipitación de azoteos	-	-	-	-	-	1	2	4	6	5	3	5	5	7	5	5	5	3	
Precipitación de balcones	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Precipitación a las aguas	-	-	-	-	-	-	6	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fósforos	7	10	11	22	27	22	24	39	23	22	23	14	12	6	2	-	-	1	
Otras subs. tóxicas	9	9	14	10	19	27	32	49	29	26	36	69	50	64	62	63	87	118	
Aplastamiento (vehículos)	4	3	1	4	5	5	12	6	3	4	7	6	9	-	11	19	14	5	
Caidas	-	1	2	8	8	-	1	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	
Asfixia por inmersión	4	3	7	9	3	2	5	1	8	2	5	1	4	7	3	2	2	7	
Asfixia por estrangulación	6	6	7	5	14	7	10	12	9	11	12	-	17	14	19	16	21	20	
Asfixia por carbón	-	-	-	-	1	3	-	3	-	-	-	-	-	-	3	2	-	1	
Asfixia por gas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Quemaduras	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sin especificación	2	3	-	1	7	-	11	2	10	12	6	4	14	5	4	4	-	4	
Total	125	150	137	146	177	182	229	285	207	195	204	252	243	250	239	250	281	343	

En la interpretación de los datos recabados no encontramos mayores novedades respecto de los trabajos anteriores. El suicidio crece más rápido que la población, se suicidan más hombres que mujeres (aunque siempre se toman valores absolutos) por su mayor exposición a las tensiones de la vida moderna. Se suicidan más los solteros (otra vez sólo se toman las cifras absolutas) ya que "el bálsamo contenedor de las pasiones que es el matrimonio [al no alcanzarlo] lo deja al soltero al alcance de todos los vicios"¹¹⁹, en especial el alcohol y el juego. También la edad de los suicidas rara vez escapa al lapso comprendido entre los 20 y los 40 años; antes de los 20 los individuos no han entrado de lleno en las exigencias y obligaciones de la vertiginosa vida moderna y se encuentran protegidos por su familia de origen de la cual todavía no se han desprendido. Entre los veinte y los cuarenta el individuo "fija su rumbo, se enamora, sufre decepciones, constituye una nueva familia, se sacrifica por llegar a una posición económica y social, es el único responsable de sus actos y va y viene buscando grandes ideales"¹²⁰. Los que superan los 40, que no son demasiados, ya que según Luzuriaga el término medio de vida apenas excede dicha edad, o su trabajo "les ha proporcionado un buen pasar o su experiencia en la vida les ha aplacado las ambiciones desmedidas y les ha hecho concebir la vida de una manera más filosófica"¹²¹. Entre los medios escogidos de perpetración del suicidio, las armas de fuego predominan en los hombres y los tóxicos en las mujeres.

Sin duda para el autor los efectos de la civilización son deseables e inevitables en su mayoría, pero la rapidez de este proceso ha aglomerado a buena parte de la población en reductos tales que "se rompen torpemente las leyes más elementales de la higiene y los principios incontrovertibles de la moralidad más rutinaria, la miseria por decirlo de una vez, es la causa que aporta más víc-

timas a esta terrible enfermedad moral [el suicidio]" ¹²²

El autor trata también de hacer un relevamiento estadístico de las causas individuales de suicidio en la ciudad. Habitualmente se encuentra en los registros un alto número de suicidios por causas ignoradas, ya que los esfuerzos de la policía y la justicia parecen centrarse, según el autor, en cerciorarse que el cadáver corresponde a un suicidio y no a un crimen y no indagar las causas de un suicidio.

Causas determinantes de los suicidios y tentativas.

Causas	Años																		
	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Amores contrariados	11	9	14	13	11	15	17	7	8	9	6	11	17	13	22	21	17	17	19
Demencia	11	15	11	10	9	12	22	24	16	9	13	16	10	17	14	19	18	9	13
Disgustos de familia	12	20	16	28	27	31	55	56	30	40	39	38	43	45	48	50	55	79	85
Ebriedad	-	-	1	5	4	1	1	2	4	4	8	2	6	2	2	1	1	2	3
Hastío de la vida	12	11	13	6	14	28	26	52	31	17	23	37	27	30	36	32	39	46	63
Malos negocios	8	7	12	2	7	6	2	10	6	6	-	13	7	5	4	4	11	4	10
Malos tratamientos	1	-	-	1	2	1	-	2	-	-	-	1	1	-	-	2	-	-	-
Padecimientos físicos	8	14	7	14	15	15	26	27	23	28	27	29	26	44	42	44	53	73	86
Pobreza	5	17	12	7	13	8	11	17	16	13	9	13	26	10	8	12	5	12	16
Causa ignorada	57	57	51	60	75	63	67	88	73	69	79	92	80	89	63	65	82	101	98
Total	125	150	137	146	177	180	229	285	207	195	204	252	245	259	239	250	281	343	393

De acuerdo con el relevamiento estadístico de Luzuriaga, y relativizando los resultados debido que el rubro "causas ignoradas" es de tal dimensión que cualquier conclusión sería necesariamente provisoria, " los disgustos de familia ", los " padecimientos físicos " y el " hastío de la vida " parecen ser las causas más frecuentes. De todos los cuadros estadísticos elaborados, es éste seguramente el más deficiente, ya que debería ser reelaborado en base a la lectura de los expedientes del Juzgado de Instrucción, caso por caso y hacer explícitas las definiciones de cada una de las regiones de clasificación.

No es posible erradicar el fenómeno suicida de las sociedades según la opinión del autor, pero sí se puede hacer algo para aminorar su ritmo de crecimiento. Por un lado, el suicidio se registra en todo tipo de sociedades y en todas las épocas, pero, por otro lado, en las sociedades modernas parece haber cobrado una inusitada virulencia que lo hace preocupante. Hay remedios, entonces, que pueden aplicarse, unos "morales " y otros "materiales". Los segundos se refieren a la eliminación de la "miseria", a las obras de higiene pública, a la planificación urbana que tienda a una racionalización de los vertiginosos procesos de desarrollo que se han dado en siglo XIX en importantes ciudades, es decir a aquello sobre lo cual llamaron la atención los higienistas treinta años antes. Pero como la distribución de los frutos del progreso no parece ser fácilmente controlable se debe hacer hincapié en los "remedios morales ", que resumiendo podríamos definir como la implementación de una "resignación laica ", que adecuada a los nuevos tiempos que haga comprender a los hombres que las desgracias, decepciones y contrariedades, deben ser presentidas como un hecho hasta cierto punto natural . Los hombres deben ver sus desgracias como inevitables, como sujetas a leyes natura-

les. Así, las catástrofes sociales, las injusticias, las miserias, deben ser interpretadas como fenómenos tan determinados e inmodificables como un terremoto o un rayo; entonces deberá ponerse algún tipo de límite a las "ambiciones no legítimas" de que hablan los anteriores ensayistas y resignarse a las condiciones de vida que a cada uno le han tocado en suerte. El ver la propia condición como una inevitable ley natural reducirá en los individuos buena parte de sus expectativas "no legítimas" con lo que se tendería a disminuir el nivel de los conflictos.

Además, según Luzuriaga,¹²³ "el individuo no tiene derecho a recurrir a un extremo tan radical, el suicidio, pues antes que a él se debe a los suyos y a la sociedad que reclaman el apoyo de su brazo y de su inteligencia para contribuir, siempre desde su lugar, el que naturalmente le corresponde, al "engrandecimiento de la colectividad". El suicidio no es sino un indicador de desorden moral o, mejor dicho, de la carencia de una moral que legitime adecuadamente el moderno orden de cosas, que haga que los individuos que padecen los efectos de ese orden se resignen al verlo como el único posible sin alternativas y que además logren valorar su propia contribución al "engrandecimiento de la colectividad" desde el lugar que naturalmente les ha tocado, para no desear abandonarlo a través del suicidio. Así, la profilaxis adecuada será implementar una nueva forma de resignación que elimine la "tentación del suicidio"; como la llamaba Ramos Mejía, a través de una "gran obra educadora que inculque las convicciones por los hábitos de orden, de trabajo, de regularidad y por los sentimientos naturales que nos unen a la vida, sobre todo a la familia"¹²⁴ Se recomienda además el fomento del matrimonio a cualquier otro tipo de unión, por su función estabilizadora de la sociedad y contenedora de las pasiones individuales y ambiciones de-

enfrenadas, en fin, como control social eficaz y a la vez económico.

La acción del estado no sólo debe limitarse a una tarea educadora que modere las ambiciones y expectativas que se han desatado indiscriminadamente en toda la población, ni tan sólo fomentar una institución como el matrimonio, que cumple funciones similares con la ventaja de no ocasionar gastos al estado; se debe además contribuir a "combatir la miseria, una de las causas dominantes de suicidio y [...] de las revoluciones políticas "¹²⁵

NOTAS

1. H. Recalde, Higiene y Secularización, Buenos Aires, CEAL, 1989. p. 21
2. Decreto del Departamento de Culto del 9 de junio de 1863, Buenos Aires, en H. Recalde, op. cit. p. 22.
3. S. Gache, Patogenia del suicidio en Buenos Aires, Buenos Aires, en Anales del Círculo Médico Argentino, T VII, 1884, p. 548.
4. A. G. Khon Loncarica y A. L. Agüero, El Contexto Médico, en H. Biagnini (comp), El Movimiento Positivista Argentino, Buenos Aires, Ed. De Belgrano, 1985, pp. 134 y 135.
5. *Ibidem*, p. 134.
6. O. Loudet, Ensayos de Crítica e Historia, Buenos Aires, Academia Argentina de Letras, 1975, p. 132.
7. Ver detalles sobre la fundación de la Cátedra de Medicina Legal en 1875 y su competencia en F. Escardó, Eduardo Wilde, Buenos Aires, Ed. Rueda, 1959, p. 58.
8. S. Gache, op. cit. p. 549.
9. *Ibidem*, p. 549.
10. *Ibidem*, p. 559.
11. *Ibidem*, p. 553.
12. Es frecuente que en muchos artículos y trabajos, se comparen cifras estadísticas sin las mínimas prevenciones. Así se comparan cifras absolutas con cifras relativas, y hasta tasas de ciudades con tasas de países, sin explicitar en la mayoría de los casos las fuentes o el criterio utilizado para la confección de las mismas. Ver S. Gache, op. cit. p. 560.
13. Ver Anales del Círculo Médico Argentino, T. VII, Buenos Aires, 1884, pp. 562.
14. S. Gache, op. cit. p. 561.
15. *Ibidem* p. 564.
16. Otra vez se ve la comparación de cifras que corresponden a ciudades con las de países ver S. Gache, op. cit. p. 564.
17. S. Gache, op. cit. p. 565.
18. *Ibidem* p. 568.
19. M. Blancas, Carta al Círculo Médico Argentino, en Anales del Círculo Médico Argentino, T. II, Buenos Aires, 1884. p. 569.

20. S. Gache, op. cit. p. 550.
21. *Ibidem* p. 556.
22. H. Vezzetti, La Locura en la Argentina, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1985, p. 39.
23. Para J. M. Ramos Mejía, y parte de la comunidad médica, la "barbarie" había sido la primer forma de locura colectiva que los efectos de la civilización irían "curando" paulatinamente. H. Vezzetti, en op. cit. p. 16, hace referencia al complejo simbólico por el cual la medicina social y el saneamiento urbano se levantan como banderas del progreso, como un relativamente "novedoso" frente de lucha contra los caracteres de la barbarie.
24. En los artículos publicados en los Anales del Círculo Médico Argentino, encontramos una gran cantidad de matices entre los "optimistas" respecto de los resultados de la aplicación de las modernas ciencias en el "organismo social", para la cura de los males que acarrearba la civilización y los "pesimistas" que veían una nueva forma de estilo de vida (especie de darwinismo social) que entre sus mecanismos de autorregulación tenían al suicidio, entre otros fenómenos sociales, que no eran factibles de controlar.
25. O. Loudet, Rawson: el primer higienista argentino, en Ensayos de Crítica e Historia, op. cit. p. 107.
26. J. Vasquez, Suicidio y Locura, Buenos Aires, tesis inaugural presentada en la Facultad de Ciencias Médicas el 28 de febrero de 1891, p. 14.
27. *Ibidem* p. 15.
28. H. Vezzetti, op. cit. p. 363.
29. S. Gache, op. cit. p. 554.
30. J. Ingenieros, La Psicopatología en el arte. Buenos Aires, en Obras completas, vol. 3, Ed. Elmer, 1957, p. 56.
31. Ver Moliere, El enfermo imaginario, Buenos Aires, Ed. Abril, 1984.
32. J. Vasquez, op. cit. p. 21.
33. S. Gache, op. cit. p. 556.
34. J. Ingenieros, op. cit. p. 56.
35. A. Comte, Discurso sobre el Espíritu Positivo, Buenos Aires, Ed. Hyspamérica, tr. Consuelo Berges, 1980, pp. 168.
36. E. Wilde, Informe Médico-Legal sobre el estado mental de un individuo, Buenos Aires, Ed. Abril, Parte II, 1984, p. 110.

37. E. Wilde, Informe Médico-Legal sobre el estado mental de una mujer, Buenos Aires, Parte II, 1984, pp. 119.
38. J. Vasquez, op. cit. p. 25.
39. Ibidem p.27.
40. Ibidem p.31.
41. Ver Archivos de Psiquiatría Criminología y Ciencias Afines Buenos Aires, T. II, 1903, pp. 261 y 262.
42. Ibidem, p. 262.
43. J. Hualde, Profilaxis de la locura, Tesis de 1899 presentada en la Facultad de Ciencias Médicas, en H. Vezzetti, op. cit. p. 159.
44. H. Vezzetti, op. cit., p. 159.
45. Ver Anales del Departamento Nacional de Higiene, Año VI 16 de julio de 1896, N° 23, p. 352.
46. S. Gache, op. cit. p. 561
47. J. Vasquez, op. cit. p. 38.
48. Ibidem p.40.
49. Ibidem p. 41.
50. Ibidem p. 60.
51. E. Wilde, Curso de Higiene Pública, Buenos Aires 1878, pp. 412 y 413., en H. Recalde op. cit., p.10.
52. E. Wilde, op. cit. pp. 413 y 414, en H. Recalde, op. cit. p.10.
53. J. Ingenieros, Colaboraciones a la Nación sobre el V Congreso de Psicología de 1905, Buenos Aires, Rev. Todo es Historia, N° 173, oct.1891 p.p 56 y 57.
54. J. Vasquez, op. cit., p. 55.
55. Ibidem p. 61.
56. Ibidem p. 65
57. Ibidem p. 64
58. Ibidem p. 67
59. S. Gache, op. cit., p.574.
60. Ibidem p. 553

61. Ibidem p. 552.
62. Ibidem p. 553
63. J. Vasquez, op. cit. p. 74.
64. J. Ingenieros, La Psicopatología en el arte, Buenos Aires en Obras Completas, vol. 3, Ed. Elmer, 1957, p. 76.
65. Ibidem, p. 77.
66. S. Gache, po. cit. p. 567.
67. F. Korn, Buenos Aires, 1895: una ciudad moderna, Buenos Aires Ed. del Instituto, 1981, p. 112.
68. Ibidem, p. 113.
69. M. Blancas, po. cit., p. 572.
70. Ibidem p. 573
71. J. Vasquez, po. cit., p. 11.
72. J. M. Ramos Mejía, La tentación del suicidio, Buenos Aires en Anales del Departamento Nacional de Higiene, Año VII, Nº 23, 1896 p. 350.
73. Ibidem p. 352
74. Ibidem p. 353
75. Ibidem p. 354
76. Ibidem p. 355
77. Ibidem p. 357
- 78.

La mayor parte de la batería de medidas profilácticas que la higiene administrativa moral y física tenía como blanco privilegiado a las clases populares, que no estarían capacitadas para construir sus propios modelos de comportamientos moral y físico. En el caso de los suicidios, sólo en clases altas o en grupos socioprofesionales prestigiosos parecía existir cierto " derecho al suicidio ", en otros grupos y clases sólo era indicador de degradación moral, alienación o de la existencia de algún " vicio ".

Así la muerte de Catón será como un acto sublime, y hasta la ingesta de alcohol por algún artista como parte de su proceso de inspiración; posteriormente el suicidio de Leandro Alem será una actitud ejemplar, o la autoeliminación

del joven profesional que creyéndose una segura víctima de la locura hereditaria no quiere ser una carga para su familia ni para la sociedad. Pero el inmigrante agobiado por sus desventuras económicas que se ahorca en el Parque Tres de Febrero o la empleada doméstica que víctima de un desengaño amoroso decide envenenarse y apenas puede redactar una nota de despedida serán blanco de todo el arsenal terminológico científico moral, que los definirá como cobardes, débiles morales, alienados y hasta delincuentes, prescindiendo escasa atención o hasta descalificando sus descargos rudimentarios, cuando los hay. Un tal Palacios, a modo de ejemplo, deja la siguiente nota: " Me mato por haber cometido un crimen y por estar aburrido de la vida. Juana tiene toda la culpa y toda la ropa es para mi hermano Rubén. ", estas entre muchas otras motivaciones similares consideradas " pedestres " no alcanzaban para justificar un suicidio sino que ayudaban a inscribirlo en algunas de las muchas modalidades patológicas físicas o morales. Para un análisis más extenso y detallado de suicidios de personas ignotas véase : Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines, Buenos Aires, T IV, 1905, pp. 659 a 705.

79. J. Vasquez, op. cit. p. 124

80. Las referencias a los procesos judiciales de los cadáveres de los suicidas son numerosas en Europa. A modo de ejemplo, en Francia en 1760 Luis XVI promulgó una ordenanza que unificó las etapas de instrucción, audiencia, y de " ejecución " de los suicidas. Con el cadáver presente, algún familiar o amigo respondía las preguntas en la encuesta judicial, e intentaba *probar por lo general* que el suicida se había matado por accidente o que estaba loco. Si los argumentos no lograban convencer al jurado, el cadáver era condenado a toda clase de tormentos: se lo arrastraba por las calles de la ciudad, luego se lo colgaba y por último se dejaba su cabeza clavada en un trinchete, expuesta largo tiempo. El castigo sobre el cadáver estaba meticulosamente reglamentado según el modo a través del cual se llevaba a cabo el suicidio. Entre otros ejemplos si el suicida se apuñalaba, debía clavársele una cuña de madera en su cabeza, si se arrojaba a un pozo se le enterraba al pie de una montaña con una gran piedra en la cabeza, otra en el cuerpo y una última en los pies. Para una completa información

sobre procesos judiciales a los cadáveres de los suicidas en las ciudades europeas en los siglos XVIII y principios del XIX véase C. Guillon y Y. Le Bornnec, Suicide . Mode d'emploi. Histoire, technique et actualité. París Ed. Alain Moreau, 1982.

81. J. Ingenieros, op. cit. p. 57.

82. G. Bermann, El suicidio como venganza, Buenos Aires, Archivos de Medicina Legal, T I, 1903, p.55.

83. F. Rodríguez, Estudios sobre el suicidio en Buenos Aires: determinantes lógicas del suicidio Buenos Aires, Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines, T II, 1903, p. 257.

84. F. Rodríguez, op. cit., p. 259

85. *Ibidem* p.258.

86. *Ibidem* p:258.

87. *Ibidem* p.259.

88. *Ibidem* p.260.

89. A. Martínez y P. Gerde, Suicidio y Altas Prematuras, Buenos Aires Rev. de Psiquiatría, y Criminología, T I, 1936, p. 259.

90. F. Rodríguez, op. cit., p. 260.

91. *Ibidem* p.258.

92. *Ibidem* p.261.

93. V. Arréguine, El suicidio, Buenos Aires, Archivos de Psiquiatría Criminología y Ciencias Afines, T IV, 2905, p. 659.

94. Ver J. Castañe, El viento Norte y los suicidios, Buenos Aires Rev. de Policía y Criminalística de Buenos Aires, T I, Nº 1, 1935.

95. V. Arréguine, op. cit., p. 705.

96. *Ibidem* p.696.

97. *Ibidem* p.697.

98. *Ibidem* p.698.

99. *Ibidem* p.701.

100. *Ibidem* p.702.

101. *Ibidem* p.703.

102. V. Arréguine, op. cit. p. 703.
103. Citado por F. Rodriguez en op. cit., p. 581.
104. S. Gache, El estado mental de la sociedad de Buenos Aires, Buenos Aires, Anales del Círculo Médico Argentino, T IV, 1883, p. 635.
105. F. Rodriguez, Influencia del alcoholismo sobre el suicidio en Buenos Aires. Buenos Aires, Archivos de Criminología, Medicina Legal y Psiquiatría, T IV, 1905, p. 531.
106. Ibidem p.532
107. Ibidem p. 533
108. Ibidem p.534.
109. Ibidem p.542
110. Ibidem p. 539
111. Ibidem p. 539 y 540
112. Ibidem p. 542
113. Ibidem p. 544
114. Ibidem p. 545
115. Ibidem p. 545
116. Ibidem p. 547
117. Ver Anexo I donde se resumen los trabajos sobre el suicidio en el período 1910-1940.
118. A Luzuriaga, El suicidio en Buenos Aires , Buenos Aires Tesis presentada en la Facultad de Ciencias Médicas. 1909, p. 41.
119. Ibidem p. 57
120. Ibidem p. 58
121. Ibidem p. 60
122. Ibidem p. 88
123. Ibidem p. 89
124. Ibidem p. 85
125. Ibidem p. 85

CONCLUSIONES

Conclusiones:

En el contexto de las profundas transformaciones que vivió la ciudad de Buenos Aires en el período 1880-1910 se destacó la "aparición" de nuevos o renovados comportamientos sociales, poniendo especial atención en como algunos de ellos se convirtieron en una preocupación de determinadas instituciones y disciplinas. Estas contribuyeron en gran medida a construir y legitimar en torno a estos comportamientos el estatus de problema social, y en consecuencia, a considerarlos susceptibles y convenientes de ser estudiados, controlados y hasta reprimidos según lo aconsejaban las características del fenómeno considerado.

Se analizó como el suicidio se institucionalizó como problema social a través del discurso de una parte de la comunidad médica, la que se interesó en estudiar el incremento del porcentaje social de los suicidios en la ciudad, desde el punto de vista de la ciencia, para luego evaluar las posibilidades y las formas de controlarlo. En este proceso de análisis y de formulación de propuestas profilácticas en torno del suicidio se produjo un complejo entrecruzamiento entre el discurso científico y el discurso normativo que condujo a una constante redefinición de los contornos patológicos del fenómeno en función de las hipótesis que, en cada caso y momento, orientaron la interpretación de este "problema social". Así la persistente preocupación médica por la salud física y moral de la población permitió entrever el surgimiento de una nueva valoración de la población como bien económico, pero fundamentalmente la posibilidad de contribuir a la construcción de un nuevo sujeto socio-moral colectivo más adecuado a las exigencias planteadas por el vertiginoso proceso que la "Marcha de la Civilización" imponía a la sociedad urbana. Es desta-

cable que las contribuciones que se hicieron desde la ciencia para intentar resolver los trastornos morales por los que atravesaba la sociedad, ignoraron o combatieron decididamente las propuestas morales surgidas o fundadas en la tradición o derivadas de la iglesia.

Las eventuales desviaciones normativas que se observaron en las interpretaciones del suicidio, dieron lugar al surgimiento de perspectivas críticas dentro del propio discurso médico tendientes a señalar algunas de las funciones extracientíficas de las disciplinas modernas que enturbiaban los análisis, como la aparición de sesgos clasistas y exclusivistas, las alusiones a innumerables variedades de patologías mentales que estigmatizaron una multitud de conductas percibidas como antisociales, la obsesiva presencia del alcohol como causa de perturbaciones sociales, entre otros ejemplos. Se puso de relieve, entonces, la **dificultad** que tuvieron los científicos sociales de fines del siglo pasado y principios del actual para diferenciar la construcción del problema teórico- sociológico del suicidio, de la transformación de este fenómeno en un "problema social" susceptible y conveniente de ser controlado, más que observado y estudiado.

De todas maneras, estas observaciones no afectan el hecho significativo de que en el debate teórico desatado en la ciudad se exploraron perspectivas teóricas próximas a las que abordó Emile Durkheim en forma contemporánea, sin que fuera conocido por el grupo de científicos que se interesó por el suicidio en la ciudad. La percepción del suicidio y de la variación de su porcentaje social como un fenómeno directamente asociado con los efectos de desorganización moral provocados por los "procesos de civilización" en las sociedades urbanas de fines del siglo pasado, fue el eje en torno al cual giraron las interpretaciones del suicidio tanto en la ciudad de Buenos Aires como en las principales ciudades europeas.

Hacia el final del período estudiado, y coincidiendo con la desaceleración del crecimiento de las tasas de suicidios, se observa una presencia cada vez menos significativa de los mecanismos de normalización y condena en su estudio, y un menor énfasis en las propuestas profilácticas. Desaparecen las denominaciones alarmistas y espectaculares del suicidio, definido anteriormente como epidemia social, la gran neurosis del siglo o la suicidomanía; y los centros de interés de los análisis se desplazan hacia la búsqueda de definiciones conceptuales precisas, la interpretación de la composición de la masa de suicidas, o aspectos muy específicos de los suicidios (ver Anexo).

Si se observan las estadísticas de suicidios disponibles para la ciudad de Buenos Aires entre 1880 y 1980 (ver Introducción y Anexo), se encuentra que solamente el período 1880-1910 presenta tasas que sobresalen significativamente de la media. Sin embargo no fue objeto de este trabajo correlacionar las series estadísticas con los discursos científicos que se ocuparon del suicidio, ya que se debería analizar no sólo la validez de las mismas sino también interrogarse sobre el sentido de cuantificar ciertos fenómenos y comportamientos sociales. En cambio se situó al suicidio en una zona en la que los límites de la construcción de un problema teórico-sociológico y la constitución y legitimación de un estatus de problema social no se encuentran claramente diferenciados.

ANEXO

ANEXO

BREVE SINTESIS DEL CONTENIDO DE LOS TRABAJOS SOBRE EL SUICIDIO ENTRE 1910 Y 1940.

Si bien no desaparecen los trabajos sobre suicidio en la ciudad de Buenos Aires, no sólo son menos frecuentes sino que las perspectivas son diferentes y la preocupación por la propagación del fenómeno o por los aspectos profilácticos es casi inexistente, principalmente en las décadas del 10 y del 20.

Termina entonces la preocupación excesiva por el fenómeno, que **deja** de ser estadísticamente alarmante, también los intentos de explicaciones globales, dejan paso a consideraciones más puntuales. Por ejemplo los artículos de Antonio Cevidalli¹ sobre la conveniencia de realizar autopsias a todos los suicidas y todos los que hubieran padecido una muerte violenta, conveniencia de la que pocos médicos y magistrados tenían conciencia, según el autor. Abundan también trabajos como el de Raimundo Bosch² que no hacen más que **completar** los anteriores trabajos con la sola novedad de incluir los trastornos de identidad sexual entre las causas de suicidio y considerar con mayor atención la relación entre menopausia y menstruación con los suicidios femeninos.

También prosiguen las discusiones teóricassobre las opiniones de Morselli, Durkheim, Viallon, Ferri, etc., como lo muestran los trabajos de Héctor Rieti³ reproducidos en la Revista de Criminología en 1925. En general, el análisis de casos particulares, en especial a través de la atenta lectura de historias clínicas y los archivos de los Juzgados de Instrucción, y los trabajos puramente **teóricos**, se reparten la década del 10 y parte de la del 20 en lo que a suicidio se refiere. Demostrando que el suicidio es un fenómeno que deja de causar la preocupación de fines del siglo pasado, especialmente en el período 1880/1910.

pero ya vemos aparecer, a través de la crítica a las terapéuticas y procedimientos llevados a cabo en los establecimientos psiquiátricos, la perspectiva psicoanalítica. En el folleto publicado por la Facultad de Ciencias Médicas, el doctor Emilio Catalano⁴, ya en 1926, critica los tratamientos tradicionales que se emplean indiscriminadamente a todo tipo de pacientes, en especial las duchas frías y las narcotizaciones, abogando por una utilización creciente de la psicoterapia, que es un tratamiento decisivo, sobretodo para las "impulsiones al suicidio".

Es al año siguiente, en la "Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal", en donde encontramos el primer artículo que se preocupa por el suicidio en los niños, fenómeno hasta entonces considerado como excepcional. En 1927 Antonio Rossi⁵ trata de llamar la atención sobre el crecimiento del porcentaje de niños que se suicidan, esencialmente por una seguidilla de casos acaecidos en la ciudad de Buenos Aires y que fueron profusamente difundidos por la prensa atribuidos en especial a fracasos en exámenes o a malos tratos de los padres. Propone el autor hacerse eco de las modernas corrientes francesas que proponen extender la acción médica mental más allá de los asilos, en "el medio social", ya sea con fines terapéuticos o preventivos según los casos y circunstancias. Estas nuevas "técnicas", recomiendan la acción domiciliaria de modo que personal idóneo, médicos, visitantes, etc. de los dispensarios y los servicios médicos psiquiátricos actúen en el taller, la escuela y hasta en la vida del hogar llegando incluso a aconsejar a quien corresponda, el trasplante familiar de los menores afectados del "medio moral" que les provoque trastornos.

Como podemos ver entre el año 1910 y 1930 no hay mayor preocupación por el crecimiento del total de los suicidios, incluso se habla de una baja en la tasa de suicidios o por lo menos de una estabilización, pero las preocupaciones se centran ahora en como se compone ese porcentaje social relativamente estable de suicidios, si aumenta el número de niños o de viejos, si aumenta la cantidad de mujeres que se suicidan, si aparecen nuevas causas entre las tradicionales y también si se alteran los medios utilizados para la autoeliminación. Y es precisamente el tema de los medios de autoeliminación el que acapara la atención en los últimos años de la década del 20, el gran tema en lo que se refiere a los suicidios es la "moda de los barbitúricos"⁶, ya que la ingestión intencional de cianuro

de potasio pasa a ser la forma de eliminación más usual desplazando a las tradicionales armas de fuego; según el Boletín Estadístico de la Policía de la Capital vemos que entre 1925 y 1928 se produce el cambio en la preferencia en el medio de autoeliminación, en forma increíblemente rápida; de ningún caso registrado en 1925, se pasa al 35% en sólo tres años.

CUADRO I

Porcentajes, por años, de los medios preferentemente empleados por los suicidas.

ANOS	Por armas de fuego.	Por bicloruro de mercurio.	Por arsénico.	Por venenos varios.	Por cianuro de potasio.
1925	33,23 %	25,67 %	5,76 %	9,57 %	—
1926	27,36 %	17,04 %	0,12 %	20,61 %	11,50 %
1927	21,29 %	14 %	0,11 %	15,88 %	20,70 %
1928 (primer trimestre)	25 %	7,77 %	—	10,38 %	35,73 %

Cuadros reproducidos de la revista "LA SEMANA MEDICA"

CUADRO II

Aumento progresivo de los envenenamientos por cianuro de potasio, y disminución de los realizados por los otros medios más comunes.

ANOS	Por armas de fuego.	Por bicloruro de mercurio.	Por arsénico.	Por venenos varios.	Por cianuro de potasio.
1925	226	174	40	64	—
1926	215	134	1	152	91
1927	181	119	1	135	252
1927 (primer trimestre)	47	29	1	43	76
1928 (primer trimestre)	58	18	—	24	83

La explicación más popular de este fenómeno la introduce el Doctor José Belbey,⁷ en la "Semana Médica" en 1928 y la atribuye a la publicación de la pericia tóxicológica sobre el asesinato del doctor Carlos Ray, un caso al parecer muy zaran-deado por la prensa, donde se revela la existencia del cianuro de potasio, de su fácil adquisición, de sus efectos fulminantes, y presumiblemente indoloros. Si bien no parecen confirmarse aumentos en la tasa de suicidios, se teme su propagación por su facilidad que otorgan los barbitúricos a la consumación del mismo, de allí que se proponga la prohibición periodística de cualquier caso de suicidio y la prohibición de la venta de cianuro de potasio. Este problema también se suscita en otras ciudades latinoamericanas y europeas en el mismo período.⁸ Pero principalmente vemos desaparecer casi por completo los enfoques sociológicos del fenómeno del suicidio.

Como anticipo a las tendencias dominantes en la década del 40, vemos por primera vez desarrollada una perspectiva psicoanalítica para explicar los suicidios; el 13 de mayo de 1930, el Doctor Gregorio Bermann, titular de la cátedra Medicina Legal en la Facultad de Medicina de Córdoba, pronuncia una conferencia en la ciudad de Viena, " El suicidio como venganza ",⁹ en la que reconoce influencias de Adler y de Freud. El disertante recomienda hacer una " psicología clínica e individual del suicidio " desestimando cualquier explicación sociológica y estadística como así también de aplicar a " hipótesis de la locura ", ya que el 90% de las personas padecen neuropatías ; se debe entonces estudiar la personalidad total física y mental del suicida y cada caso por separado. Pero deja en claro que sólo la interpretación psicoanalítica del suicidio nos puede arrojar luz sobre la " psicogénesis del fenómeno ". En esta misma línea tenemos un artículo del Doctor Fernán Pérez,¹⁰ de 1933, en " El Día Médico ", en el que desaparecen por completo las alusiones a la locura o al alcohol para explicar el suicidio.

Pero recién en 1934, encontramos otra vez algunos trabajos estadísticos que comienzan a registrar un nuevo repunte de la tasa de suicidios en la ciudad en los años 1930, 1931 y 1932, elaborados por el director de la Morgue de Buenos Aires, Juan Bafico,¹¹ aunque sin provocar demasiada alarma, ya que hacia fines de 1932 y durante todo el año 1933 la tasa vuelve a descnder. Estas mediciones serán confirmadas más tarde por otros trabajos que corroboran este "pico" entre 1930 y 1932.¹² Pero de todas formas no son estos los modelos de trabajos dominantes.

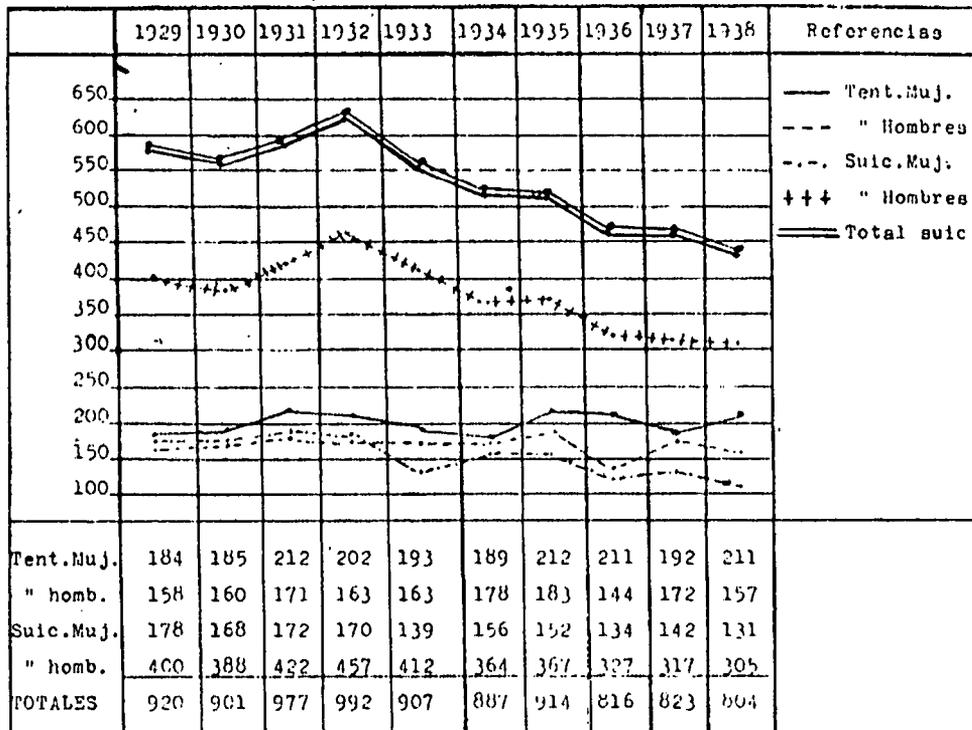


Gráfico reproducido de la Revista de Psiquiatría y Criminología.

Se intensifican los análisis de historias clínicas y de cartas de suicidas, las explicaciones sobre los suicidios extravagantes¹³, las formas de aminorar la utilización de barbitúricos¹⁴ y en especial el temido cianuro de potasio (preocupación compartida en este lapso por la comunidad médica francesa), hasta llegar a un predominio de las interpretaciones psicoanalíticas del suicidio entre las que la publicación de Angel Garma, "Psicología del Suicidio",¹⁵ de la Sociedad Argentina de Criminología, es casi una interpretación fundacional pese a los ya citados antecedentes.

Esta brevísima síntesis de lo que ocurrió con los abordajes del fenómeno del suicidio en general y en la ciudad de Buenos Aires, sólo tiene la finalidad de dar un cierto contexto al período analizado, en el que se ensayan las primeras interpretaciones y tratar de diferenciarlo de las que las suceden hasta la llegada del psicoanálisis. Si tomamos un siglo entero, 1880/1910 es en donde se registran los valores más altos y además en un período prolongado; la segunda ocasión corresponde al período 1930/1932 un corto período con tasas inferiores a las del primero. Pero entre 1910 y 1930, y entre 1933 y 1980 hay una tendencia paulatina a la disminución de la tasa de suicidios en la ciudad de Buenos Aires, con lo que podríamos ver a los dos períodos mencionados como "excepcionales" y, al menos en el primero, como "justificada" a la preocupación que el alza de los suicidios produjo en algunos grupos e instituciones.¹⁶

Notas:

1. A. Cevidalli, Causa inesperada de muerte en un suicida, Buenos Aires, en La Semana Médica, T XVII, agosto de 1910, p. 1181.
2. R. Bosh, El suicidio patológico, Buenos Aires en La Semana Médica, T XXVII, marzo de 1920, p. 405.
3. H. Rieti, Sobre la patogenia del suicidio, Buenos Aires, en Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. T XII, 1925, p. 32.
4. E. Catalano, Suicidio por obsesión en un psicasténico, Buenos Aires Folleto publicado por la Facultad de Ciencias Médicas, 1926.
5. A. Rossi, El suicidio de niños y la profilaxis mental, Buenos Aires en Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, T I, 1927, p.350.
6. J. Belbey, Aumento de los suicidios por cianuro de potasio en Buenos Aires, Buenos Aires en La Semana Médica, T XXXV, 2, 1928, p. 285.
7. *Ibidem* p. 288.
8. E. De Cerqueira de Falco, El suicidio y el cianuro de potasio, en Archivos de la Sociedad de Medicina Legal de San Pablo, T II vol. 2, 1928, p 123.
9. G. Bermann, El suicidio como venganza, Buenos Aires, en Archivos de Medicina Legal, T I, 1931, p. 53.
10. F. Perez, Psicología del suicidio, Buenos Aires, El Día Médico, T VI, oct. 1933, p. 254.
11. J. Bafico, Del suicidio, Buenos Aires, La Semana Médica, T II, julio de 1934, p. 159.
12. H. Piñero, El suicidio en la ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires en Rev. de Psiquiatría y Criminología, T IV, junio 1939, p. 393.
13. Entre otros ver J. Caride, Suicidio extravagante, Buenos Aires en Archivos de Medicina Legal, T IV, 1934, p. 416; R. Ciafardo, Variedad y multiplicidad de heridas de un suicida, Buenos Aires, Folletos FOM. 1936. y F. Gorriti, Caracteres del suicidio Psicopático, Buenos Aires, La SEMana Médica, T II, 1937, p. 158.
14. G. Dhers, Prevención de los suicidios por barbitúricos, Buenos Aires, en El Día Médico, T VII, 1935, p. 547.

15. A. Garma, Psicología del suicidio, Buenos Aires en Revista de Psiquiatría, T V; 1940, p. 280.

16. A. Pellicari, R. Chevalrzk, F. Calzón, C. Barral, L. Kvito, y A. Ferriois, El suicidio en la ciudad de Buenos Aires, estudios Médicos Legales de la Policía Federal Argentina, mimeo en Biblioteca Policial, 1983.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ABDOU, Antoun Fahmy. Le consentement de la victime. París, Librairie générale de droit et de jurisprudence R. Pichon et R. Durand-Auzias, 1971, 622 p.
- ALVAREZ, Fernando y KORNBERG, Marcelo. El suicidio en Buenos Aires, ponencia en el XXVII^o Congreso Latinoamericano de Sociología, mimeo, 1988, 55 p.
- ARREGUINE, Víctor. El Suicidio, Buenos Aires, Archivos de Psiquiatría Criminología y Ciencias Afines, T IV, 1905, pp. 695-706.
- BAFICO, Juan. Del Suicidio, Buenos Aires, La Semana Médica, T II, julio 1934, pp.159-168.
- BELBEY, José. Aumento de los suicidios por cianuro de potasio en Buenos Aires, Buenos Aires, La Semana Médica, T XXXV, 2, 1928, pp. 286-289.
- BERMANN, Gregorio. El suicidio como venganza, Buenos Aires, Archivos de Medicina Legal, T I, 1931, pp. 32-51.
- BIAGINI, Hugo. El Movimiento Positivista Argentino, Buenos Aires, ED de Belgrano, 1985, 390 p.
-- Como fue la Generación del '80, Buenos Aires, Plus Ultra, 1980. 192 p.
- BLANCAS, Manuel, Cartas al Círculo Médico Argentino, Buenos Aires, en Anales del Círculo Médico Argentino., T VII, 1884, pp. 569-575.
- BOSH, Raimundo, El suicidio patológico, Buenos Aires, en La Semana Médica, T XXVII, marzo de 1920, pp. 405-414.
- BOURDIEU, Pierre, Lección Inaugural, Pronunciada en el Colegio de Francia el 23 de abril de 1982, París., Ed. Les Minuits, 1983, 68 p.
- CARIDE, Juan, Suicidio Extravagante, Buenos Aires, en Archivos de Medicina Legal, T. IV 1934, pp. 416-424.
- CASTAÑE, Juan. El Viento Norte y los Suicidios. Buenos Aires, Revista de Policía y Criminalística, de Buenos Aires, T I, N^o 1, 1935, pp. 66-70.
- CATALANO, Emilio. Suicidio por obsesión en un psicasténico, Buenos Aires, Folleto publicado por la Facultad de Ciencias Médicas, 1926, p. 7
- CEVIDALLI, Atilio. Causa inesperada de muerte en un suicida, en La Semana Médica, T XVII, agosto de 1910, pp. 1181-1190.
- CIAFARDO, Roberto, Variedad y multiplicidad de heridas en un suicida. Buenos Aires, Folleto publicado por la Facultad de Ciencias Médicas, 1936, 6 p.

- COMTE, Augusto. Curso de Filosofía positiva: Lecciones Nº 1 y 2, Buenos Aires, Hyspamérica, Tr. Consuelo Berges, 1980, 80 p.
- Discurso sobre el espíritu positivo, Buenos Aires, Hyspamérica, tr. C. Berges, 1980, pp. 81-192.
- DE CERQUEIRA DE FALCAO, E. El suicidio y el cianuro de potasio, San Pablo, en Archivos de la Sociedad de Medicina Legal de San Pablo, T II, vol. 2, 1928, pp. 123-132.
- DHERS, G. Prevención de los suicidios por barbitúricos, Buenos Aires, El Día Médico, T VII, 1935, p. 547-550.
- DURKHEIM, Emile, La División del Trabajo social, Barcelona, Ed. Planeta Agostini, tr. C. Posada, 1985, 494 p.
- Las Reglas del Método Sociológico, Madrid, Hyspamérica, 3º ed., tr. L. Echevarrri, Rivera, 1982, 188 p.
- El Suicidio, Madrid, Akal-Universitaria, tr. L. Díaz Sanchez, 2º ed. 1982.
- Las formas elementales de la vida religiosa, Madrid, Akal-Universitaria, tr. R. Ramos, 1982, 424 p.
- ESCARDO, Florencio, Eduardo Wilde, Buenos Aires, Ed. Rueda, 1959.
- ESTRUCH, Joan y CARDUS, Salvador, Los Suicidios, Barcelona, Ed. Herder, 1982.
- FERRARI, Gabriel y GALLO, Ezequiel (comp.), La Argentina del Ochenta al Centenario, Buenos Aires, Sudamericana, 1980.
- FOUCAULT, Michel. La Gubernamentabilidad, En Espacios de Poder, Madrid, Las ediciones de La Piqueta, 1985, pp. 9-26.
- Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión, México, Siglo XXI, 1985, 315 p.
- GACHE, Samuel, Patogenia del suicidio en Buenos Aires, Buenos Aires, en Anales del Círculo Médico Argentino, T VII, 1884, pp. 548-568.
- GARMA, Angel, Psicología del suicidio, Buenos Aires, en Revista de Psiquiatría, T V, 1940, pp. 279-296.
- GIDDENS, Anthony, El Capitalismo y la moderna teoría social, Barcelona, Ed. Labor, 1985, 2º ed. 403 p.
- GORRITI, Francisco, Caracteres del suicidio psicopático, Buenos Aires, La Semana Médica, T II, 1937, pp. 158-160.
- GUILLON, Claude y LE BORNIEC, Ives. Suicide. Mode d'emploi: histoire, technique, actualité. París. Ed. Alain Moreau, 1982, 290 p.

- COUTIERREZ, Andrés. Los Trabajadores y sus luchas, En Buenos Aires, Historia de Cuatro Siglos, Directores: J.L. Romero y L.A. Romero, Buenos Aires, Ed. Abril, t II, 1983, pp. 67-85.
 -- La mala vida, en op. cit., pp. 85-93.
- GUZZO, Saverio, El Suicidio: definición y psicodinamismos, Buenos Aires, en Revista de Psicoanálisis, vol 39, 1982, pp. 177-195.
- INGENIEROS, José. La Psicopatología en el arte, Buenos Aires, en Obras Completas, vol 3, Ed. Elmer, 1957, 153 p.
 -- Colaboraciones a la Nación sobre el V Congreso de Psicología de 1905, Buenos Aires, en Revista Todo es Historia Nº 173, oct. 1981.
- KHON LONCARICA, Alfredo, y AGUERO, Abel. El contexto Médico, en H. Biagini (comp) op. cit. pp. 119-141.
- KORN, Francis, Buenos Aires 1895: una ciudad moderna, Buenos Aires, Ed. del Instituto, 1981.
- LOUDET, Osvaldo. Ensayos de Crítica e Historia, Buenos Aires, Academia Argentina de Letras, 1975.
- LUZURIAGA, Amilcar. El suicidio en la ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Tesis presentada en la Facultad de Ciencias Médicas, 1909, 105 p.
- MADERO, Horacio y PENNA, José. La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública en la ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, 1910.
- MARTINEZ, Antonio y GERDE, Pedro, Suicidios y Altas prematuras, Buenos Aires en Revista de Psiquiatría y Criminología. T I, 1936, pp. 257-272.
- PELLICARI, A., CHEVARLZK, R., CALZON, F., BARRAL, C., KVIITTO, L. y FERRIOLS, A. El suicidio en la ciudad de Buenos Aires, estudios médico-legales de la Policía Federal Argentina, mimeo en Biblioteca Policial, 1983, 168 p.
- PEREZ, Fernan, Psicología del Suicidio, Buenos Aires, El Día Médico, T VI oct 1933, pp. 254-260.
- PIÑERO, Héctor. El suicidio en la ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, en Revista de Psiquiatría y Criminología, T. IV, junio 1939, pp. 393-404.
- ROSSI, Alberto, El suicidio de niños y la profilaxis mental, Buenos Aires, en Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. T I, 1927, pp. 350-353.
- RAMOS MEJIA, José María, La tentación del suicidio, Buenos Aires, en Anuales del Departamento Nacional de Higiene, Año VII, Nº 23, 1895, pp. 350-355.

- RECALDE, Horacio. Higiene Pública y Secularización, Buenos Aires, CEAL, 1989, 32 p.
- RIETI, Héctor. Sobre la Patogenia del suicidio, Buenos Aires, En Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal, T. XII, 1925, pp. 32-39.
- RODRIGUEZ, Fermín, Estudios sobre el suicidio en Buenos Aires determinantes lógicas del suicidio, Buenos Aires, en Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines, T II, 1903, pp. 257-267.
- Influencia del alcoholismo sobre el suicidio en la ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires en Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines. T IV, 1905, pp. 531-547.
- ROMERO, José Luis, Latinoamérica: Las ciudades y las ideas, México, Siglo XXI, 3ª ed. 1976, 396 p.
- SAINT SIMON, Catecismo Político de los Industriales, Buenos Aires, Hyspamérica, tr. L. David de Los Arcos, 1985, 124 p.
- SANTOMAURO, Héctor. Los Positivistas Argentinos, Buenos Aires, en Revisto Todo es Historia, Nº 173, oct. 1981, pp. 8-18.
- SCOBIE, James, Buenos Aires. Del Centro a los Barrios. 1870-1910. Buenos Aires, Ed. Solar, 1977, 368 p.
- VASQUEZ, José. Suicidio y Locura, Buenos Aires, Tesis Inaugural presentada en la Facultad de Ciencias Médicas, 28 de febrero de 1891, 137 p.
- VEZZETTI, Hugo, La Locura en la Argentina, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1985, 237 p.
- WILDE, Eduardo, Tiempo Perdido, Buenos Aires, Parte II, Ed. Abril, 1984, 125 p.
- YAMPEY, Nasim. El suicidio en Buenos Aires, en la Fascinación de la muerte, Ed. Paidós, 1979, pp. 13-63.