

CONCEPCIONES MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS DEL SUICIDIO EN ESPAÑA (1926-1936)

SARA SERRANO MARTÍNEZ

UNIVERSITEIT UTRECHT

Resumen: En este artículo presento un análisis conceptual de los abordajes de la temática del suicidio que pueden encontrarse en las publicaciones periódicas españolas de índole médica del periodo 1926-1936. Comienzo describiendo los cambios legislativos relevantes en España hasta 1936, atendiendo, con ello, a los debates doctrinales acerca de la eutanasia. En segundo lugar, analizo la relación de la temática del suicidio con el movimiento de higiene mental y con la noción de «peligrosidad». Finalmente reconstruyo los debates y posiciones teóricas principales acerca de las causas del suicidio presentes en los textos revisados.

Palabras clave: suicidio, psiquiatría, psicología, higiene mental, peligrosidad

Medical and psychological conceptions of suicide in Spain (1926-1936)

Abstract: In this article I present a conceptual analysis of the approaches to the topic of suicide that are to be found in the Spanish medical periodical publications of the period 1926-1936. First, I describe relevant legal changes in Spain up to the year 1936, tackling, in this way, doctrinal debates about euthanasia. Secondly, I analyse the relationship between the topic of suicide with the mental hygiene movement, as well as with the notion of "dangerousness". Finally, I reconstruct the main debates and theoretical standpoints about the causes of suicide that can be found in the revised texts.

Keywords: suicide, psychiatry, psychology, mental hygiene, dangerousness

* Correspondencia: s.serranomartinez@uu.nl

1. Introducción

Desde que Georges Minois indicara, en 1995 (Minois, 1995), que la historiografía acerca del suicidio era escasa, este objeto de estudio ha sido ya tematizado por muchos historiadores, entre ellos algunos historiadores de la ciencia y la medicina. Ello no sólo se debe al crecimiento y enriquecimiento de esta última subdisciplina, por su relación dialéctica con otras líneas historiográficas, sino que se sigue naturalmente de la tesis mayoritariamente defendida por los historiadores del suicidio en Europa: que los dos procesos principales en la historia moderna y contemporánea del suicidio habrían sido su secularización, desde el siglo XVIII, y su conversión en objeto de atención y gestión médica («medicalización») durante y desde el siglo XIX (Minois, 1995; Berrios, 2002; Martínez, 2001).

En coherencia con tal periodización, la mayoría de las investigaciones se han centrado en el siglo XIX, también para el caso del Estado español. Entre los escasos trabajos que existen para este último predominan los realizados con objetivos propios de la historia de la ciencia y la medicina, especialmente de la historia de la psiquiatría (Corbella & Domènech, 1987; Domènech, 1990; Plumed & Rojo, 2012; Plumed & Novella, 2015) y de la medicina legal (Urmeneta, 2011). Son notables excepciones los análisis del suicidio en la posguerra española realizados Conxita Mir Curcó, que historió la práctica misma del suicidio a través de los sumarios instruidos tras el hallazgo de los cuerpos (Mir, 2000a; Mir, 2000b). El presente artículo pretende atender a un periodo que aún no ha sido abordado para el caso español: el de la década previa a la guerra civil. Así, se presenta un análisis conceptual de los abordajes de la temática del suicidio que pueden encontrarse en las publicaciones periódicas de índole médica del periodo 1926-1936, así como en las obras publicadas en ellas indizadas o citadas.

En 1926 se había creado ya la tríada institucional que, como ha indicado José Lázaro (Lázaro, 2000), serviría de base para la profesionalización de la psiquiatría que España observó en los años veinte y treinta: la revista *Archivos de Neurobiología* (1920), la Asociación Española de Neuropsiquiatras (1924) y la Liga de Higiene Mental (1926). Teniendo en cuenta este contexto, en este análisis también se situará la cuestión del suicidio en estos decisivos procesos que han sido analizados por otros historiadores, buscando así ponderar la fortuna del suicidio como objeto de estudio y de gestión institucional en la que ha sido calificada por algunos como «la etapa más gloriosa de la Psiquiatría española» (Gracia, 1971: 309).

2. El suicidio de iure

La secularización del suicidio en Europa desde el siglo XVIII obedeció a la emergencia, en el marco de la Ilustración, de debates y posicionamientos filosóficos discrepantes con la doctrina cristiana, y esencialmente con su concepción del suicidio como pecado. En España, tal concepción había tenido un efecto inmediato en la jurisdicción canónica en lo relativo a las inhumaciones y misas fúnebres: como recogería el *Corpus Iuris Canonici* de 1917, que-

daban «privados de sepultura eclesiástica a menos que hubieran dado alguna señal de arrepentimiento antes de morir (...) quienes se hubieran dado muerte deliberadamente» (Canon 1240 §1).¹ En el marco de la administración de justicia anterior a la codificación liberal del siglo XIX, la penalización teológica del suicidio también había tenido consecuencias en las jurisdicciones penal y civil españolas, siendo el suicidio tipificado como delito.

Sin embargo, el canon eclesiástico permitía cierta flexibilidad en su aplicación práctica, ya que indicaba que ello sólo se haría efectivo ante la ausencia de señales *pre-mortem* de arrepentimiento, y disponía que, en caso de duda, se debía optar por dar sepultura y evitar escándalos. Por otra parte, no hubo que esperar al XIX para que apareciesen calificaciones de locura en casos de suicidio; de hecho, esa práctica era la norma desde el siglo XVII. Anteriormente habría habido un uso de esta concepción patológica del suicidio, puesto que el diagnóstico de *non compos mentis* era la única vía, en ocasiones, para evitar la expropiación de los bienes de los suicidas (MacDonald, 1992). En la España decimonónica, la jurisprudencia solía considerar que todo suicida estaba enajenado, evitando así el embargo de sus bienes (Plumed y Rojo, 2012).² En su tesis doctoral, Ana Urmeneta ha estudiado el cambio al siglo XX en Navarra, y no sólo ha confirmado la pervivencia de esta práctica, sino que también coincide con Laragy (2013) en señalar la relevancia de la consolidación del peritaje forense, y del aumento del prestigio social de los médicos, señalando un incremento de su participación en causas canónicas por suicidio en el periodo 1918-1928 (Urmeneta, 2011: 238).

En cuanto a la jurisdicción ordinaria penal, durante el periodo 1926-1936 no hubo cambios significativos en España: todos los códigos penales que estuvieron en vigor en esa década no consideraban que el suicidio ni sus tentativas constituyesen un delito,³ ni aplicaban sanciones administrativas sobre los bienes de los suicidas, siguiendo la codificación inicial de 1822. Sí se penaba, en cambio, cualquier cooperación, auxilio o asistencia al suicidio. El texto básico del tipo, que se mantuvo igual durante el periodo estudiado, disponía que «El que prestare auxilio a otro para que se suicide será castigado (...); si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, será castigado (...)» (art. 421 CP 1870; art. 517 CP 1928; art. 415 CP 1932).⁴ Así, se distinguía entre, por un lado, colaborar con un

1. Traducción propia. Original: «Ecclesiastica sepultura privantur, nisi ante mortem aliqua dederint poenitentiae signa (...) Qui se ipsi occiderint deliberato consilio» (s.a., 1917).

2. Ello no obstante, Plumed y Rojo también han indicado que existían múltiples resistencias en España, a lo largo del siglo XIX, hacia esta práctica: «Aunque el papel en las sentencias fue nulo, la reticencia por parte de abogados y de determinados médicos legales a aceptar el diagnóstico de monomanía suicida fue significativa y estaba relacionada con la adscripción a modelos conservadores que consideraban algo escandaloso aceptar que el suicidio podía ser un acto sin connotaciones morales peyorativas.» (Plumed & Rojo, 2012: 156).

3. La doctrina más extendida al respecto era que «El suicidio consumado no es delito ni puede serlo porque en él la misma persona es sujeto pasivo y activo y no hay a quien exigir responsabilidad criminal.» (Aranzadi, 1951: 1072).

4. Gaceta de Madrid, de 31 de agosto de 1870, suplemento al número 243, p. 18; Gaceta de Madrid, de 13 de septiembre de 1928, 257, p. 1497; Gaceta de Madrid, de 5 de noviembre de 1932, 310, p. 846.

suicidio ejecutado por el que moría y, por otro, dar muerte a petición de la víctima, siendo mayor la pena prevista para el segundo supuesto.⁵

Pese a que las notas esenciales del tipo se mantuvieron, el Código de Primo de Rivera incluyó un nuevo párrafo que consideraba la necesidad de que el juzgador impusiera una pena inferior «apreciando las condiciones personales del culpable, los móviles de su conducta y las circunstancias del hecho» (art. 517 CP 1928). En su comentario de 1930 a este artículo, el jurista Eugenio Cuello Calón comentaba que existía debate acerca del «derecho de matarse –pues el suicidio no es punible» (Cuello Calón, 1932: 531) transfiriendo tal potestad a otra persona, y consideraba que sería esta discusión la que se vería reflejada en el nuevo Código, que «mira esta figura de delito como un homicidio atenuado» (Cuello Calón, 1932: 532).

Cuello Calón, al comentar este precepto y el debate sobre el derecho a matarse, distinguía claramente entre dos cuestiones: por una parte, las relativas al suicidio y, por otra, el debate respecto a la «eutanasia», entendiéndola que esta última se definía por la ausencia de consentimiento de la víctima.⁶ Sin embargo, esta definición de la «eutanasia» no era compartida por todos los autores de los textos revisados. Hemos encontrado, referidos o reseñados en las publicaciones periódicas médicas españolas del periodo 1926-1936, dos libros y un artículo dedicados total o parcialmente a esta cuestión: por una parte, una obra de corte filosófico, escrita por el médico Roberto Novoa Santos (*El instinto de muerte*, 1927); en segundo lugar, la obra *Libertad de amar y derecho a morir: ensayos de un criminalista sobre eugenesia, eutanasia, endocrinología* (1928) del penalista y director del Instituto de Estudios Penales Luis Jiménez de Asúa; y, finalmente, un artículo acerca de «El homicidio por compasión» (1928) de un médico del Hospital del Niño Jesús de Madrid, Vicente Álvarez Villamil.

Novoa Santos defendía el reconocimiento jurídico del derecho a morir, basándose en una concepción de la eutanasia adherida a su etimología, «muerte dulce, sin dolor ni pena» (Novoa Santos, 1927: 147). Así, consideraba que, siendo esta la muerte normal y natural, existe también en todo hombre un instinto de muerte que conlleva un natural deseo de morir en el momento adecuado, fundamento del derecho *de lege ferenda*. También Jiménez de Asúa basaba su definición de eutanasia en la ausencia de dolor, entendiéndola como la muerte «que otro procura a una persona que padece una enfermedad incurable o muy penosa, y la que tiende a truncar la agonía demasiado cruel o prolongada.» (Jiménez

5. Mientras que tanto el código penal de 1870 (de aplicación hasta la promulgación en 1928 del código de la dictadura, y desde el fin de esta hasta la entrada en vigor del código republicano) como el código penal 1932 preveían la pena de prisión mayor para el primer supuesto (de seis años y un día a doce años) y de reclusión temporal para el segundo (de doce años y un día a veinte años), el código penal 1928 disponía pena de prisión de cuatro a ocho años, y de seis a quince años, respectivamente.

6. Actualmente, en cambio, en bioética se considera que «La eutanasia es siempre, por definición, voluntaria» (Simón et. al., 2008: 274), invirtiéndose la terminología de Cuello Calón.

de Asúa, 1928: 133). Ahora bien, a diferencia de Novoa Santos, este jurista no estaba de acuerdo con el reconocimiento de un derecho a morir o a matarse *per se*, aunque sí que era partidario de reducir las penas según el caso.

Lo que diferencia a estas dos definiciones de la referida por Cuello Calón fue recogido en el artículo de Álvarez Villamil, quien distinguía entre una concepción de la eutanasia propia de los «pueblos primitivos», sin consentimiento y con otros fundamentos, y la eutanasia moderna, que buscaría evitar el dolor: la eutanasia moderna es de orden sentimental teniendo como indicación dominante la supresión del dolor y como único propósito el de ofrecer...al que quiere huir de la dolorosa agonía...la muerte por los narcóticos» (Álvarez Villamil, 1928: 13). Para analizar la relación entre estos debates y el código penal de la dictadura sería necesario un análisis de historia del derecho que queda fuera de los objetivos de este artículo. Sin embargo, es importante constatar que estas perspectivas doctrinales distintas no sólo existían en círculos jurídicos, sino que se discutían o referían en las revistas médicas principales del país.

Así pues, más allá de la supresión del precepto adicional de 1928 respecto a la cooperación al suicidio, la ausencia de cambios en la legislación relativa al suicidio al comienzo de la República es otro hecho a subrayar, y más teniendo en cuenta que Luis Jiménez de Asúa (quien, como se ha visto *supra*, elaboró doctrina acerca de la cooperación al suicidio) sería uno de los integrantes de la subcomisión de reforma del Código Penal (Oneca, 1970: 550). Además, formaría parte de esta misma comisión el catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Murcia y diputado de Acción Republicana en la República, Mariano Ruiz Funes (Oneca, 1970: 550), que en 1928 también se había ocupado de la cuestión al prologar la traducción al español de *El Suicidio* de Durkheim (1928b), y al escribir dos artículos uno examinando la relación etiológica entre homicidio y suicidio (1928c), y otro acerca de «Modos de limitar la mortalidad por suicidio» (1928a).

3. Suicidio, higiene mental y peligrosidad social

En la década de 1920 la psiquiatría española se encontraba en un momento clave para su institucionalización y profesionalización. En este proceso tuvieron una gran importancia la Asociación Española de Neuropsiquiatras (1924) y la Liga de Higiene Mental (1926) (Lázaro, 2000). Y es que las preocupaciones de los psiquiatras que impulsaron la cristalización de la psiquiatría española estaban fuertemente dirigidas a la gestión de los enfermos mentales desde una perspectiva de salud o higiene pública (Huertas, 2002). En consecuencia, la práctica profesional de los psiquiatras quedaba orientada en gran medida a la prevención de estas enfermedades, pero no con base en la curación de cada uno de ellos como individuos, sino primeramente como modo de protección del cuerpo social amenazado moralmente por la existencia de las patologías de la psique (Campos, 2013). Y los médicos implicados en el impulso a la psiquiatría española, en eventos y contextos institucionales relevantes para su cristalización disciplinar, atendieron en múltiples ocasiones a la cuestión

del suicidio: si bien la historiografía de la psiquiatría española existente no ha examinado este hecho en particular, los textos hallados y analizados en esta investigación lo muestran.

En primer lugar, en varios eventos para de jóvenes instituciones psiquiátricas se abordó esta temática. En la segunda reunión de la Asociación de Neuropsiquiatras, en 1928, dos conferencias dedicadas a la peligrosidad de los enfermos mentales abordaron ampliamente la cuestión (Ruiz Maya, 1928; Farreras, 1928), y otras dos ponencias se dedicaron, directamente, a los «Modos de limitar la mortalidad por suicidio» (Martí, 1928; Ruiz Funes, 1928a). En la tercera sesión de la Liga de Higiene Mental (1926) también se incluyeron consideraciones respecto al suicidio como parte del «Plan Moderno de Asistencia a los alienados» (Fuster, 1926; López Albo, 1926). Y, finalmente, el Institut Psicotècnic de la Generalitat de Catalunya ofreció entre 1932 y 1933 un curso introductorio a la psicología de Alfred Adler que incluía en su programa un apartado dedicado al suicidio, presentado, junto con las neurosis y la criminalidad, como conflicto relacionado con una perturbación del sentimiento de comunidad (Institut Psicotècnic de la Generalitat de Catalunya, 1933).

La proyección en estas comunicaciones de la perspectiva del movimiento de higiene mental es clara, como también lo es en muchos otros discursos médicos publicados en la década de 1926-1936 (Rubiano, 1927; Vallejo Nágera, 1928; Pumarino, 1929; Álvarez Villamil, 1929; Juarros 1929c; Camino Galicia, 1930; Vallejo Nágera, 1930; Pérez Hervada, 1935; Medina & Sánchez, 1933; J.M.R., 1935), los cuales se ocupaban de cuestiones relativas a la gestión práctica de las cifras de suicidio. La proyección o influencia del movimiento higienista se observa en tres aspectos principales: la concepción del suicidio como contagiable, la relación conceptual entre suicidio y peligrosidad, y la atención a la prevención del suicidio.

La concepción del suicidio como transmisible entre individuos se deduce de la frecuente referencia a la existencia de «epidemias de suicidio» (s.a., 1927a; Serin, 1928; Medina & Sánchez, 1933; Rodríguez Lafora, 1933) y de «contagio» (Ruiz Funes, 1928a; Pérez Hervada, 1935; Medina & Sánchez, 1933). El uso de tal terminología no implicaba necesariamente que los autores que la mencionaban mantuviesen una concepción exclusivamente patológica del suicidio, es decir, que consideraran que siempre y necesariamente éste se debía a la existencia de una enfermedad mental subyacente (tesis llamada «tesis psiquiátrica» por Berrios, 2002: 446, por contraposición a la «*standard view*», desde la que se consideraría que no siempre era ésta la causa del suicidio). Una explicación fuera de la tesis psiquiátrica se solía sugerir mediante la consideración del fenómeno de «imitación», si bien sólo uno de los autores, el jurista Ruiz Funes, recogía efectivamente una definición y explicación del fenómeno, la de Émile Durkheim. En el resto de los casos lo que encontramos no son sino propuestas para frenar el fenómeno, en coherencia con la aproximación eminentemente práctica y preventiva antes señalada. En este sentido, algunos médicos entendían pertinente censurar las noticias sobre suicidios (Martí 1928, Rubiano 1930), en continuidad con varias opiniones del siglo XIX (Plumed & Rojo, 2012; Plumed & Novella, 2015).

La posibilidad de que un suicida pudiese causar el suicidio de un tercero mediante el ejemplo de las propias tentativas de suicidio era una de las bases sobre las cuales se entendía que un suicida era «peligroso». Pero no sería sencillamente por tal posibilidad de «contagio» simple y directo que se aplicaría al suicidio el concepto de peligrosidad. Este concepto había adquirido, durante el primer tercio de siglo, un nuevo sentido, y una gran importancia, a partir del encuentro de perspectivas e intereses entre juristas y psiquiatras, tal como ha señalado Ricardo Campos (2013). Así, en su comunicación en la Segunda Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras de 1928, el psiquiatra Mariano Ruiz Maya, al exponer el nuevo sentido que el concepto de «peligrosidad» adquirió en la época, como equivalente al de enfermedad mental (Campos, 2013: 25), también haría referencia al suicidio. El suicidio no sería un ejemplo más entre otros para Ruiz Maya, sino uno de los extremos a los que puede llegar ese enfermo mental peligroso en su perjuicio a su entorno más cercano:

«El enfermo mental puede ser peligroso para la sociedad, para la familia o para él mismo. Es peligroso para él mismo porque llevado de sus trastornos puede atentar contra su propia vida o contra la vitalidad de algunos de sus órganos (...) Es peligroso para la familia porque puede imbuir en ésta sus propias ideas, induciéndola, en ocasiones, hasta el suicidio (...)» (Ruiz Maya, 1927: 66)

En líneas similares, el doctor W. López Albo, director del manicomio de Zaldibar (Vizcaya), consideraba que los intentos de suicidio eran uno de los principales ítems que deberían tenerse en cuenta en los dispensarios, cuando la asistenta social interrogase a familiares o acompañantes. Pero este ejercicio de vigilancia no era justificado por el médico refiriendo al objetivo de garantizar la hospitalización del suicida, desde una perspectiva preventiva y con voluntad de evitar la consumación. En cambio, los intentos de suicidio eran clasificados por López Albo como «actos antisociales y peligrosos», en pie de igualdad con «tentativas de homicidio, amenazas, violencias, impulsos (...) ilusiones, alucinaciones, intentos de violación, fugas, ideas e interpretaciones delirantes, desórdenes de las ideas y de los actos» (López Albo, 1926: 221), en clara coincidencia con la equivalencia entre enfermedad mental y peligrosidad defendida por Ruiz Maya.

Más allá de estas referencias a cómo reducir los suicidios en general, tarea percibía en reiteradas ocasiones como muy compleja y difícil (Farreras, 1928; Álvarez Villamil, 1929; Pérez Hervada, 1935), encontramos también múltiples escritos dedicados al suicidio en ámbitos concretos, como las prisiones, el entorno militar o los manicomios. En el ámbito de las prisiones, se consideraba como única vía la eliminación de los medios potencialmente utilizables por una persona con intención de suicidarse (J.M.R., 1935). Esta opción también era considerada como básica y esencial para prevenir el suicidio en general (Farreras, 1928; Pérez Hervada, 1935). En el ámbito militar, se consideraba necesario controlar el

estado mental de los alistados, puesto que evitar los medios mortales, en este ambiente, resultaba imposible (Farreras, 1928; Alonso & Velasco, 1934; s.a., 1927b; s.a., 1934). En cuanto a los manicomios, la técnica de prevención comentada más frecuentemente es la ya mencionada vigilancia continua (Fuster, 1926; Farreras, 1928; Juarros, 1929c; Medina & Sánchez, 1933), recibida del psiquiatra alemán Emil Kraepelin (Fuster, 1926). La posibilidad de tratar farmacológicamente los deseos de suicidio fue mencionada por el psiquiatra militar Antonio Vallejo Nágera (1928), pero este autor no explicitaba con qué fármacos podría llevarse a cabo. También Eduardo Pérez Hervada (1935) consideró esta posibilidad, pero como perspectiva de futuro aún no realizable.

Estas aproximaciones prácticas innovadoras coexistían, sin embargo, con la pervivencia del tratamiento moral decimonónico. De este modo, varios autores seguían considerando que la religión católica era el mejor modo de prevenir el suicidio. Pero ello no se debía tanto a una consideración del suicidio como pecado o como falta moral, sino que se argumentaba a partir de la concepción de la vida del cristianismo: sería un buen remedio por ser una religión que implica resignación, aceptación del dolor y el sufrimiento, y que toma la esperanza como una virtud (Martí, 1928; Rubiano, 1930; Vallejo Nágera, 1935; Pérez Hervada, 1935). Las razones por las cuales cada uno de estos autores defendía esta vía de prevención del suicidio debería estudiarse más en profundidad. Es preciso señalar, en cualquier caso, que se ha podido atisbar un estado de la cuestión en que el abordaje práctico del suicidio no hallaba una única determinación en ninguno de los escritos revisados. Ahora bien, tales tensiones reflejan el estado general de la psiquiatría española de la época tal como ha sido descrita por sus historiadores, de modo que las contradicciones o discusiones observables no se deben a la naturaleza particular de la temática del suicidio.

4. Etiología y estadísticas de suicidio

A diferencia de lo que ocurría en el siglo XIX, pocos autores del periodo estudiado presentaban el suicidio como una temática que fuera necesario estudiar debido a un supuesto aumento de los casos registrados (s.a., 1935a; Ruiz Funes, 1935). En ningún caso se consideraba, explícitamente, que el fenómeno de los suicidios fuese urgente o apremiante, pero sí que se ofrecían, a modo de justificación, reseñas del estado del conocimiento respecto al suicidio, y valoraciones de su dificultad y complejidad. En su mayoría, los estados de la cuestión ofrecidos por los autores no eran exhaustivos o no incluían referencias ni citas, sino que eran valoraciones generales que remarcan la ausencia o escasez de trabajos realizados, o su insuficiencia: «Los esfuerzos de la Ciencia para descubrir las modificaciones biológicas que tienen asiento en lo íntimo del organismo y que concurren para prepararlo y determinarlo, han resultado casi estériles» (Álvarez Villamil, 1929: 26). Así pues, encontramos presente una expresión, como mínimo retórica, de un supuesto sentir general de insatisfacción con respecto a la elucidación del suicidio, como una temática digna de ser objeto de estudio, pero que aún debía ser abordada correctamente.

Desde una perspectiva teórica, en los abordajes psiquiátricos estudiados predominaba el enfoque etiológico, es decir, se buscaba determinar las causas de los suicidios. Por una parte, alrededor de un tercio de los textos revisados exponía de modo explícito tal etiología, mientras que el resto de los artículos ofrecían nosologías o exponían casos clínicos indicando alguna relación causal entre el suicidio y las enfermedades mentales descritas, ocupando así, de modo implícito, cierta posición etiológica. De esta manera, las enfermedades más frecuentemente relacionadas con el suicidio eran la melancolía, la ansiedad y la locura o psicosis maníaco-depresiva (esta última, categoría diagnóstica del psiquiatra alemán Emil Kraepelin, cuya nosología fue ampliamente recibida en España en la década de 1920, como señala Diego Gracia, 1971). En cuanto a los textos estricta y explícitamente dedicados a la etiología del suicidio, todos ellos ofrecían respuestas a dos cuestiones o polémicas: primero, ¿qué causa el suicidio? Y segundo, ¿todo suicidio está relacionado con una enfermedad mental?

Así pues, la discusión predominante en cuanto al suicidio en España en el periodo 1926-1936 era la misma que reavivó en Francia el debate teórico acerca del suicidio en esa misma época. Según Berrios (2002), tal debate enfrentó a una serie de actualizaciones de la tesis psiquiátrica (i. e. todo suicidio se relaciona con una enfermedad mental), que la relacionaban con conceptos psicoanalíticos, especialmente con las neurosis, así como otras propuestas que radicalizaban el enfoque de Émile Durkheim, quien explicaba el suicidio por causas sociales. De hecho, el autor de la obra más extensa dedicada al suicidio en el periodo 1926-1936 en España, el médico de la beneficencia gallega Eduardo Pérez Hervada (en *Psicología del suicida*, 1935), tomaba como referencia, entre otros, a los autores franceses que Berrios señala como reanimadores de este debate acerca del suicidio: principalmente, a Fleury, Halbwachs y Blondel.

La segunda cuestión (¿todo suicidio está relacionado con una enfermedad mental?) ya había adquirido una gran relevancia la España del siglo XIX. Sin embargo, la explicación patológica del suicidio no había sido entonces contrapuesta a explicaciones sociológicas, como en el periodo estudiado en el presente artículo, sino que se oponía a las conceptualizaciones voluntaristas, que subrayaban la responsabilidad del suicida en tanto que se entendía que poseería libre albedrío. La referencia a la cuestión del libre albedrío no estaría totalmente ausente entre 1926 y 1936, pero era ciertamente minoritaria: sólo dos autores lo consideraban, el médico Álvarez Villamil (1929) y el médico francés Regnier (1930). También el coronel médico Santos Rubiano, en una conferencia pronunciada en el sanatorio psiquiátrico San José de Ciempozuelos, Madrid, se pronunció contra «la engañosa tesis de la “voluntariedad”» (Rubiano, 1930: 363), y defendió que la causa del suicidio era siempre un estado mental doloroso incompatible con el ejercicio de la voluntad.

Tampoco se encuentra en los discursos revisados concepción alguna del suicidio como patología en sí, a diferencia de la noción decimonónica de «manía» o «monomanía suicida» (Plumed y Rojo, 2012; Plumed y Novella, 2015). Sólo un médico español usaba la

primera de estas categorías diagnósticas, en el marco de una descripción de un cuadro patológico no psiquiátrico (Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía, 1927). Es más, Eduardo Pérez Hervada utilizaba esta diferencia con el siglo anterior para remarcar el estado avanzado de la disciplina: la teoría de la existencia de una «monomanía suicida» se habría debido, según este autor, a «un precario desarrollo de la psiquiatría» (Pérez Hervada, 1935: 53).

En cuanto a la discusión central en la época estudiada, relativa a si en todos los casos el suicidio está relacionado con una enfermedad mental, en los textos analizados predomina lo que Berrios (2002) ha llamado «tesis psiquiátrica»: que todo suicidio implica la existencia de una enfermedad mental. Algunos autores la defendían de modo explícito (Rubiano, 1927; Farreras, 1928; Álvarez Villamil, 1929; Pérez Hervada, 1935; Regnier, 1930; Medina & Sánchez, 1933; Vallejo Nágera, 1935), mientras que en muchos otros casos se presentaba, describía o analizaba una relación entre suicidio y enfermedad mental sin referencia a otro tipo de causas, es decir, se operaba desde el supuesto o en el marco teórico de la tesis psiquiátrica. Pero también algunos autores defendían, explícitamente, otra tesis, la denominada por Berrios (2002) «visión estándar»: que tal relación entre suicidio y enfermedad mental sólo se da algunas veces, existiendo también la posibilidad de que sean suficientes otras causas (Ruiz Funes, 1928a; Novoa Santos, 1927; Jiménez de Asúa, 1928; Ruiz Funes, 1928b; Serin, 1928; Rodríguez Lafora, 1933; Maestre, 1933; F. de la Vega, 1934).

Quienes defendían la tesis psiquiátrica no compartían una argumentación determinada y hegemónica. Existían dos grandes posiciones con respecto a qué relación concreta existía entre suicidio y enfermedad mental. La posición más común era la que, realmente, no explicitaba el tipo de relación que se da entre enfermedad mental y suicidio, sino que sólo señalaba, simplemente, la coincidencia o concomitancia de ambos fenómenos (Rubiano, 1927; Lévy-Valensi, 1925; Fernández, 1926; Vallejo Nágera, 1930; Bénon, 1925; Álvarez Villamil, 1929) o refería vagamente a algún tipo de relación de causalidad (Serin, 1928; Varela de Seija, 1926; Ruiz Maya, 1928; Traces, 1925; Mut, 1929; s.a., 1928; Medina & Sánchez, 1933; Camino Galicia, 1934; González Deleito, 1936; Morzon, 1928; Malva, 1934; Gautier, 1936; Bard, 1936; Rodríguez Lafora, 1933). De ese modo, el suicidio se comprendía como consecuencia, curso posible o fase culminante de una patología mental, y/o como un síntoma o «indicio» de ella (Farreras, 1928).

La segunda posición era aquella en que se entendía que lo que la enfermedad mental causa, propiamente, o implica, necesariamente, es simplemente una «tendencia» o «riesgo» de suicidio (Juarros, 1929a; Juarros, 1929b; Juarros, 1929c; González Deleito, 1936). Del mismo modo, en ocasiones se consideraba que la enfermedad mental es condición necesaria para que el suicidio pueda ocurrir —en palabras del médico Eduardo Pérez Hervada, «Desde luego, el sano no se suicida» (Pérez Hervada, 1935: 55)— pero no siempre condición suficiente. En todo caso, se remarcaba el carácter subsidiario de las causas no patológicas: «la causa [no patológica] representa el mismo papel que la gota de agua cuan-

do hace rebosar un vaso colmado» (Pérez Hervada, 1935: 55). Por tanto, o bien se hablaría de tendencia o riesgo, términos relativos a un fenómeno patológico agudo, o bien se hablaría de individuos que serían, en ellos mismos, capaces o no de devenir suicidas: el suicidio sería «resultado más que de la “intensidad” y “calidad” de las causas en acción de la capacidad ‘suicidógena’ atributo personal de cada individuo» (Álvarez Villamil, 1929: 26).

En este mismo sentido, un tópico muy relevante en la literatura revisada era que los suicidas eran, a menudo, personas aparentemente sanas mentalmente: «Se suicidan también sujetos que, por lo menos a primera vista, parecen sanos y felices.» (Farreras, 1928: 107). Pérez Hervada utilizaba esta apreciación para reivindicar la tesis psiquiátrica, defendiendo que quienes señalaban otras causas para el suicidio que no eran enfermedades mentales se habrían dejado engañar por las apariencias. Así, subrayaba el interés para la psiquiatría del «loco atenuado... individuo que se halla en las fronteras de la locura» (Pérez Hervada, 1935: 54).

En comparación con el estado de la cuestión francés, tal como lo ha descrito Berrios, en primer lugar, ha de señalarse que también existe en los textos revisados una tímida presencia del psicoanálisis: Pérez Hervada recogía la concepción freudiana como parte de una gran revisión de los abordajes del suicidio a nivel internacional, y Santos Rubiano (1930) lo hacía a través de una exposición de la obra de William James, de quien había sido traductor (Brandés & Llavona, 1997). Por otra parte, también existen dos obras españolas de la época que presentaban una discusión o al menos una contraposición entre explicaciones sociológicas emergentes y de herencia durkheimiana, y explicaciones psiquiátricas patologizantes, tal como Berrios ha señalado para el caso francés.

La polémica internacional fue descrita, en primer lugar, por Mariano Ruiz Funes en su prólogo a su traducción de *Le suicide* de Durkheim, contraponiendo a Durkheim y a MorSELLI (Ruiz Funes, 1928b: II). Él mismo consideraba que «La verdad está en ambas; y la etiología del suicidio, [sic] combina, por su actividad, factores individuales y sociales; excluye, por su complejo mecanismo, toda orientación que trate de limitar a una sola serie de motivos este tributo, permanente y estéril, que rinde a la vida el humano dolor» (Ruiz Funes, 1928b: III).

Implícitamente, la cuestión fue también discutida en la obra *Psicología del suicida*, publicada en 1935 por el médico de la beneficencia gallega Eduardo Pérez Hervada, así como en su prólogo, firmado por el psiquiatra militar Antonio Vallejo Nágera (quien sucedería a Santos Rubiano en la dirección del sanatorio militar de Ciempozuelos en 1930). Además de una detallada nosología relacionada con el suicidio, en esta obra y en su prólogo puede observarse la presencia de un discurso que buscaba defender la legitimidad y la superioridad de la psiquiatría respecto al estudio de las causas del suicidio. Vallejo Nágera enfatizaba, sobre todo, la subordinación a la psiquiatría de las disciplinas que tradicionalmente se habían ocupado de discurrir acerca del suicidio: «Ha sido el suicidio materia propinqua a las elucubraciones de moralistas, filósofos, ensayistas, eruditos y literatos, mas todo ha que-

dado reducido a prosa vana, pues siempre será el psiquiatra quien diga la última palabra si descortezamos el fenómeno del suicidio para ahondar en sus verdaderas motivaciones.» (Vallejo Nágera, 1935: V). Pérez Hervada, por su parte, subrayaba que debía ser en la línea de la psicología y la psiquiatría donde debía buscarse la comprensión del suicidio, «colocados siempre en el terreno de la razón y de la ciencia.» (Pérez Hervada, 1935: 31). Además, el autor de la obra recurría constantemente en su obra a su experiencia práctica en el ámbito clínico como modo de justificación de sus propuestas etiológicas.

En relación con estas afirmaciones, ambos autores lanzaron también críticas al uso de estadísticas de suicidio para explicar la etiología del fenómeno, sin nombrar a ningún interlocutor determinado para tal discusión. En España existía un claro precedente que había adoptado un abordaje del suicidio basado en estadísticas nacionales,⁷ Constancio Bernaldo de Quirós (1904). En este sentido, sin embargo, es importante remarcar que en los textos revisados sólo Ruiz Funes se basaba en estadísticas, y eran precisamente las que ya había usado Bernaldo de Quirós en su obra. Esta falta de uso de las estadísticas nacionales de suicidio por parte de los médicos interesados en la temática es aún más relevante debido a un factor contextual. Se ha dicho en el primer apartado de este artículo que la Segunda República no conllevó modificaciones legislativas respecto al suicidio. El inicio del gobierno republicano sí que tuvo impacto, en cambio, en la elaboración de estadísticas nacionales de suicidios. Éstas ya habían comenzado a realizarse en España en 1843 (Plumed y Rojo, 2012), pero en 1931 se tomaron medidas para mejorarlas, atribuyendo su realización al Ministerio de Justicia (Galbis, 1933; Mir, 2000a).⁸

En su crítica al uso de la estadística, Vallejo Nágera hablaba de «Tantas casillas como causas aparentes, estadísticas huecas de contenido», defendiendo que se atendiese más a «la ideología y la formación moral como factores inhibidores del suicidio» (Vallejo Nágera, 1935: V). Por su parte, Pérez Hervada era de la opinión que «las estadísticas del suicidio sólo sirven para conocer el número de muertes voluntarias que hay en cada localidad, algunas de las circunstancias en las que se lleva a cabo y si el suicida tenía o no tenía fama de enfermo mental.» (Pérez Hervada, 1935: 27). Claramente, Vallejo Nágera suplementaba la

7. La emergencia de las estadísticas morales, especialmente las estadísticas nacionales financiadas y promovidas oficialmente por los Estados, habían dado un nuevo carácter a las iniciativas de salud pública relativas al suicidio, que habían aparecido el siglo XVIII. De hecho, las estadísticas de suicidios fueron de las primeras que se realizaron, y de las más relevantes. Como señala el historiador de la estadística Theodore M. Porter (1986), los primeros estadistas estaban fascinados con la uniformidad que la estadística hallaba «no sólo en eventos naturales como nacimientos y muertes, sino también en actos voluntarios como el matrimonio e incluso en fenómenos aparentemente sin sentido e irracionales como el crimen y el suicidio.» (Porter, 1986: 5; traducción propia).

8. Sin embargo, «el organismo encargado nunca llegó a reunirlos para su procesamiento, ya que antes estalló la Guerra Civil. Después fue imposible recuperar los estados-resúmenes elaborados por esta sección autónoma» (Mir, 2000a: 190). Por ello, los datos de los años 1931-1935 sólo se conocen a partir de informes estadísticos publicados por el gobierno franquista entre los años 1943 y 1959.

concepción de Pérez Hervada con consideraciones ideológicas: este psiquiatra militar formaría parte del grupo asociado a la revista *Acción Española* (Morodo, 1985), además de ser posteriormente psiquiatra de guerra del bando sublevado y ser uno de los principales psiquiatras de la dictadura franquista (Campos & Huertas, 2012). En su prologar también repetía, en todo caso, la defensa desarrollada por Pérez Hervada de la superioridad epistemológica de la psiquiatría en lo referido a la cuestión del suicidio: «Requieren las corrientes científicas modernas que se conceda mayor importancia a la psicopatología del suicida que a las abstracciones generalizadoras que estudian el fenómeno con telescopio en lugar de someterlo al análisis microscópico especializado en patología mental» (Vallejo Nágera, 1935: VI).

Tanto Pérez Hervada como Vallejo Nágera consideraban que los abordajes etiológicos que se basasen en estadísticas serían útiles sólo como herramientas subordinadas a las explicaciones realizadas desde la perspectiva diagnóstica psiquiátrica. Por ello, en la oposición de Pérez Hervada y Vallejo Nágera a las estadísticas de suicidio no vemos tanto una negación fuerte del valor epistemológico de la estadística, ni mucho menos una réplica arrojada a Durkheim, sino más bien un refuerzo retórico para su voluntad de subrayar la posición privilegiada de la psiquiatría y de la experiencia clínica de los psiquiatras en cuanto a la tarea de abordar el suicidio, además de una oportunidad, en el caso de Vallejo Nágera para oponerse a las explicaciones sociológicas a favor de una explicación moralizante del suicidio. Ello vuelve a situar las discusiones acerca del suicidio de la década previa a la guerra civil en consonancia con el proceso de profesionalización e institucionalización de la psiquiatría española, en el cual no faltarían concepciones cercanas al corporativismo.

5. Conclusiones

El objetivo principal de este trabajo era conocer cómo se abordaba la temática del suicidio en las publicaciones médicas españolas del periodo 1926-1936. Tras su realización, se concluye, principalmente, que los médicos y, en menor medida, juristas españoles de este periodo que se interesaron por el suicidio buscaron ante todo dilucidar las causas de este fenómeno, y, por otra parte, pretendieron limitar su ocurrencia, prevenirla. Desde ambas perspectivas defendieron, mayoritariamente, que existía una relación necesaria entre el suicidio y las enfermedades mentales.

La concepción patológica del suicidio, que era mayoritaria, se articuló con la pretensión, por parte de algunos de los médicos psiquiatras, de subrayar la autoridad de su enfoque en los casos de suicidio, en un momento clave para la profesionalización e institucionalización de la psiquiatría española. Además, las ideas centrales del movimiento de higiene mental, y la nueva noción de «peligrosidad», que la hacía equivalente con la de «enfermedad mental», tuvieron un claro reflejo en varias aproximaciones prácticas y teóricas a la cuestión del suicidio.

Pese a las innovaciones teóricas descritas, y el contexto de reforma asistencial que introdujo la Segunda República, estos debates y posicionamientos teóricos no fueron acompañados de cambios legislativos acordes, ni con respecto a la prevención del suicidio ni con respecto a la penalización de la cooperación con éste. No obstante, la atención y preocupación por limitar la incidencia del suicidio en España es evidente, teniendo en cuenta la muestra revisada, en la que son diversos los textos que tenían un enfoque preventivo y que ofrecían propuestas prácticas para el contexto clínico, penitenciario o militar. Por tanto, futuras investigaciones podrían ahondar en la aplicación o su coincidencia de todas estas posiciones teóricas y propuestas con las prácticas que efectivamente se llevaron a cabo en estos tres contextos.

6. Bibliografía

ALONSO, Luis & VELASCO, José (1934), «Los procesos y las reacciones esquizofrénicas en el ejército», *Revista de Sanidad Militar*, 6, 101-179.

ÁLVAREZ VILLAMIL, Vicente (1928), «El homicidio por compasión», *España Médica*, 537, 13.

ÁLVAREZ VILLAMIL, Vicente (1929), «El suicidio infantil. Sus causas, su patogenia, sus remedios y su clasificación como hecho moral» *España Médica*, 560, 26-27 BARD, Leopoldo (1936). «Toxicomanía y criminalidad», *Vida penitenciaria*, 139, 10-12.

ARANZADI, Estanislao de (1951), *Diccionario de Legislación. Toda la legislación española en vigencia al 31 de diciembre de 1950*, Pamplona, Aranzadi.

BÉNON, R. (1925), «La melancolía y la hipertimia ansiosa», *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 21, 281-282.

BERNALDO DE QUIRÓS, Constancio (1904), «El suicidio en España». En: BERNALDO DE QUIRÓS, Constancio. *Alrededor del delito y de la pena*, Madrid, Biblioteca de Ciencias Penales, 33-44.

BERRIOS, German E. (2002), «Self-harm». En: BERRIOS, German E. *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*, Cambridge: Cambridge University Press, 443-454.

BRANDÉS, Javier & LLAVONA, Rafael (1997), «San-tos Rubiano: la introducción de la psicología científica en el ejército español», *Psicothema*, 9, (3), 659-669.

CAMINO GALICIA, Julio (1930), «Peligrosidad social de los delincuentes. Modos de evitarla y corregirla», *España Médica*, 590, 25-26.

CAMINO GALICIA, Julio (1934), «Obsesión mental», *España Médica*, 648, 2-4.

CAMPOS, Ricardo (2013), «La construcción del sujeto peligroso en España (1880-1936). El papel de la psiquiatría y la criminología», *Asclepio*, 65, (2), 17-29.

CAMPOS, Ricardo & HUERTAS, Rafael (2012), Medicina mental y eugenesia: los fundamentos ideológicos de la psiquiatría franquista en la obra de Antonio Vallejo-Nágera, *Historia del presente*, 20, 11-22.

CORBELLA, Jacint & DOMENECH, Edelmira (1987), «Notes històriques d'estudis sobre el suïcidi a Catalunya en el segle XIX». En: DOMENECH, Edelmira & CORBELLA, Jacint (eds.). *Bases històriques de la psiquiatria catalana moderna*, Barcelona: PPU, 269-279.

CUELLO CALÓN, Eugenio (1932), *Código Penal Reformado de 27 de octubre de 1932*, Barcelona, Librería Bosch.

DOMÈNECH, Edelmira (1990), Un aspecte poc conegut de l'obra d'Aureliano Maestre de San Juan: la seva tesi sobre el suïcidi (1851). *Gimbernat*, 13: 65-80.

F. DE LA VEGA, Elisa (1934), «El trabajo de los niños», *España Médica*, 641, 4-7.

FARRERAS, P. (1928), «La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico», *Archivos de neurobiología*, VIII, 105-108.

FERNÁNDEZ, E. (1926), «Sobre el tratamiento de los estados de angustia morbosa», *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 22, 8.

FUSTER, Joaquín (1926), «Plan Moderno de Asistencia a los alienados», *Archivos de Neurobiología* Tomo VI, s.n.

GALBIS, José (1933), *Anuario 1931. Prólogo*, Fondo documental del Instituto Nacional de Estadística.

GAUTIER, M. (1935), «Un caso de eretofobia y sus consecuencias desde el punto de vista militar», *Revista de Sanidad Militar*, 10, 335-338.

GONZÁLEZ DELEITO, Federico (1936), «Las alteraciones psíquicas en las edades críticas», *España Médica*, 666, 13-16.

GRACIA, Diego (1971), «Medio siglo de psiquiatría española: 1885-1936», *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 10, 305-309.

HUERTAS, Rafael (2002), *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*, Madrid, Frenia.

INSTITUT PSICOTÈCNIC DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA (1933), «Programa dels cursos 1932-1933», *Revista de psicología y pedagogía*, I, (1), 95-100.

- J.M.R. (1935), «Una buena lección si es aprovechada». *Vida penitenciaria*, 97, 10.
- JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis (1928), *Libertad de amar y derecho a morir: ensayos de un criminalista sobre eugenesia, eutanasia, endocrinología*, Madrid, Historia Nueva.
- JUARROS, César (1929a), «Ansiedad», *El Siglo Médico*, 83, (3921), 297-298.
- JUARROS, César (1929b), «Manía, melancolía, locura maniacodepresiva», *El Siglo Médico*, 83, (3921), 69.
- JUARROS, César (1929c), «Diagnóstico y tratamiento psiquiátrico de urgencia», *España Médica*, 561, 13-14.
- LARAGY, Georgina (2013), «“A Peculiar Species of Felony”: Suicide, Medicine, and the Law in Victorian Britain and Ireland», *Journal of Social History*, 46, (3), 732-743.
- LÁZARO, José (2000), «Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999)», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XX, (75), 397-515.
- LÉVY-VALENSI (1925), «Los delirios de los melancólicos», *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 20, 330-332.
- LÓPEZ ALBO, W. (1926), «Plan Moderno de Asistencia a los alienados», *Archivos de Neurobiología*, VI, s.p.
- MACDONALD, Michael (1992), «The medicalization of suicide in England: laymen, physicians and cultural change, 1500-1870». En: ROSENBERG, Charles E. & GOLDEN, Janet (eds). *Framing disease. Studies in Cultural History*, New Jersey: Rutgers University Press, 85-103.
- MAESTRE, Tomás (1933), «Neurosis y psicosis colectivas», *España Médica*, 632, 5-6.
- MALVA, José (1934), «Barbiturismo. Nota de Higiene Mental», *Revista de Sanidad Militar*, 5, 144-148.
- MARTÍ, Joaquín (1928), «Modos de limitar la mortalidad por suicidio», *Archivos de Neurobiología*, VIII, 305.
- MARTÍNEZ, José (2001), «Suicidio, crisis política y medicina mental en la Francia del siglo XIX (1801-1885)», *Frenia*, 1, (1), 39-65.
- MEDINA, Eduardo & SÁNCHEZ, Diego (1933), «Cuidados prácticos que requieren los enfermos atacados de alteración mental sin agitación psicomotriz», *España Médica*, 634, 15-16.
- MINOIS, Georges (1995), *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*, París, Fayard.
- MIR, Conxita (2000a), «La violencia contra uno mismo: El suicidio en el contexto represivo del franquismo», *Ayer*, (38), 187-210.
- MIR, Conxita (2000b), *Vivir es sobrevivir. Justicia, orden y marginación en la Cataluña rural de posguerra*, Lleida, Milenio.
- MORODO, Raúl (1985), *'Acción Española', orígenes ideológicos del franquismo*, Madrid, Alianza.
- MORZON, Luis (1928), «La enseñanza de anormalles», *La Escuela Moderna*, 438, 110-120.
- MUT, Antonio (1929), «Insuficiencia del corazón», *Revista ibero-americana de ciencias médicas*, 42, 277-284.
- NOVOA SANTOS, Roberto (1927), *El instinto de muerte*, Madrid, Morata.
- ONECA, José Antón (1970), «La obra penalista de Jiménez de Asúa», *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, 23, (3), 547-554.
- PÉREZ HERVADA, Eduardo (1935), *Psicología del suicida*, La Coruña, Galicia Clínica.
- PLUMED, José Javier & ROJO, Luis (2012), La medicalización del suicidio en la España del siglo XIX: aspectos teóricos, profesionales y culturales. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 64(1): 147-166.
- PIUMED, José Javier & NOVELLA, Enric J. (2015), Suicidio y crítica cultural en la medicina española del siglo XIX. *Dynamis*, 35(1): 57-81.
- PORTER, Theodore M. (1986), *The rise of statistical thinking. 1820-1900*, Princeton, Princeton University Press.
- PUMARINO, A. (1929), «Estudio de la cuestión de los abortos artificiales», *Revista ibero-americana de ciencias médicas*, 38, 91-92.
- REGNIER (1930), «Carta de París», *España Médica*, 589, 6-7.

- RODRÍGUEZ LAFORA, Gonzalo (1933), «Los factores hereditario e individual en el suicidio infantil». En: BOON, Gérard & DUBOIS, Fernand (eds.). *Hommage au Dr. Decroly*, Bruselas: Usines reunies Scheerders-Van Kerchove à Saint-Nicolas-W.
- RUIZ FUNES, Mariano (1928a), «Modos de limitar la mortalidad por suicidio», *Archivos de Neurobiología*, VIII, 305-306.
- RUIZ FUNES, Mariano (1928b), «Etiología del suicidio en España». En: DURKHEIM, Emilio (1928). *El suicidio. Estudio de sociología*, Madrid: Reus.
- RUIZ FUNES, Mariano (1928c), «Le suicide et l'homicide en Espagne», *Revue Internationale de Droit Penal*, 13, 182-194.
- RUIZ MAYA, Mariano (1928), «La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico», *Archivos de Neurobiología*, VII, 66-79.
- RUBIANO, Santos (1927), «Estado actual del servicio psiquiátrico en el ejército español», *Archivos de Neurobiología*, VII, 146-153.
- RUBIANO, Santos (1930), «Curso de conferencias clínicas en el Sanatorio de San José de Ciempozuelos», *Revista de Sanidad Militar*, 12, 363-364.
- s.a. (1917), *Corpus Iuris Canonici*, Libreria Editrice Vaticana, online: <<http://www.jgray.org/codes/ci-c17lat.html>> (última consulta 25/07/2019).
- s.a. (1927a), «El suicidio en Alemania», *Los progresos de la clínica*, XXXIII, (179), VII-VIII.
- s.a. (1927b), «Estado sanitario del ejército de los Estados Unidos», *Revista de Sanidad Militar*, 9, 272-273.
- s.a. (1928), «Las deformaciones corporales rectificadas por la cirugía estética», *España Médica*, 548, 9-10.
- s.a. (1934), «Suicidios entre los militares en campaña en Marruecos francés», *Revista de Sanidad Militar*, 8, 253.
- s.a. (1935a), «Estadística curiosa», *Vida Penitenciaria*, 122, 4.
- SERIN, Suzanne (1928), «Causas, tratamiento y profilaxia de las ideas de suicidio», *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 29, 386-387.
- SIMÓN et. al. (2008), «Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras», *Revista Calidad Asistencial*, 23, (6), 271-85.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA (1927), «Acta de la sesión celebrada el día 11 de marzo de 1927. ¿Enfermedad de Reiklinghausen de origen sifilítico?», *España Médica*, 515, 6-7.
- TRACES, R. B. (1925), «Neurosis de ansiedad y estados afines», *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 21, 282-284.
- URMENETA, Ana (2011), *Los suicidios en Navarra ante el proceso de medicalización (1864-1948)*, Pamplona, Universidad de Pamplona.
- VALLEJO NÁGERA, Antonio (1928), «Sobre el empleo de la camisa de fuerza», *Revista de Sanidad Militar*, 815, 217-223.
- VALLEJO NÁGERA Antonio (1930), «Locuras curables y locuras incurables», *El Siglo Médico*, 3971, 89.
- VALLEJO NÁGERA Antonio (1935), «Prólogo». En: PÉREZ HERVADA, *Psicología del suicida*, La Coruña: Galicia Clínica, I-VII.
- VARELA DE SEIJA (1926), «El tratamiento de la ansiedad». *Archivos de Neurobiología*, VI, s.p.