

1º Congreso Internacional de Ciencias Humanas - Humanidades entre pasado y futuro. Escuela de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín, Gral. San Martín, 2019.

# **Criminalidad, locura y disciplinamiento social: la construcción de la anormalidad en el siglo XX colonial jamaicano.**

Mogni, Ariel Dario.

Cita:

Mogni, Ariel Dario (2019). *Criminalidad, locura y disciplinamiento social: la construcción de la anormalidad en el siglo XX colonial jamaicano*. 1º Congreso Internacional de Ciencias Humanas - Humanidades entre pasado y futuro. Escuela de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín, Gral. San Martín.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/1.congreso.internacional.de.ciencias.humanas/33>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRUe/agy>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:*  
<https://www.aacademica.org>.

**1º Congreso Internacional de Ciencias Humanas - Escuela de Humanidades,  
Universidad Nacional de San Martín**

**TÍTULO:** Criminalidad, locura y disciplinamiento social: la construcción de la anormalidad en el siglo XX colonial jamaicano

**AUTOR:** Mogni, Ariel Darío

**PERTENENCIA INSTITUCIONAL:** Instituto de las Culturas (IDECU), Universidad de Buenos Aires/CONICET

**AÑO:** 2019

**RESUMEN:** Esta investigación analizará críticamente los cambios y continuidades en los fundamentos y formas de administrar los sujetos socialmente constituidos como “lunáticos”, “locos” o “dementes”, a partir de las necesidades económico-políticas de la clase dominante local y del Estado durante el largo siglo XX colonial en Jamaica. Para ello, se recorrerá sobre las modificaciones en las concepciones médicas en torno a la razón, la salud de cuerpos y mentes, especialmente de la mayoritaria población negra, entendidos como rama específica de estudio para la medicina colonial; que a la vez constituía una herramienta de gran potencia para el disciplinamiento social. Explotación agraria, régimen asalariado, medicina colonial, salud mental, manicomialización, nacionalismo, orden y represión, serán los ejes que vertebrarán este trabajo.

La liberación *formal* de trescientos setenta mil esclavos el primero de agosto de 1838<sup>1</sup>, obligó al Estado colonial jamaicano a una reconfiguración de sus recursos, instituciones y dispositivos sobre el territorio, dado que debía centralizar la disposición de diversos servicios y obligaciones que antes estaban a cargo de los plantadores individuales. Así, el gran miedo a la rebelión de las mayorías negras esclavizadas, que durante los siglos pretéritos se había trasladado a evitar la libertad de movimiento de éstas fuera de los límites de la hacienda, se encontró con la imperiosa tarea de reestructurarse y disponer de nuevos mecanismos de control de esta novedosa población libre, considerada igualmente hostil. De modo que el *desvío* se encarnó en la persona del *loco*, del vagabundo, del ocioso, cobrando nuevas dimensiones y tareas los dispositivos de represión y resocialización, como las cárceles, la policía, el manicomio, los hospitales, los *workhouses*.

Tras la represión a la rebelión de Morant Bay en 1865, la minoría blanca al control de la Legislatura insular cedió gran parte de su poder político a la metrópoli como último recurso de salvaguarda de su posición social ante el aumento progresivo de la politización negra —especialmente del sector pequeños y medianos propietarios. Bajo el nuevo estatuto de Crown Colony, Gran Bretaña inició un proceso de modernización del Estado jamaicano, mediante una progresiva extensión del código jurídico y civil colonial, mecanismos de control y socialización de la población, con la ampliación del sistema médico, represivo y de escolarización formal; inversión en infraestructura para el proceso de la reconversión económica en base a la producción azucarera hacia nuevas materias primas de exportación. Con esto, la ampliación de los dispositivos de disciplinamiento se expandieron con el fin de avanzar en la construcción de un nuevo sujeto social: la imposición del racionalismo moderno a las mayorías, con nuevas pautas de comportamiento y comprensión de la realidad, encontró nuevas formas de realización y, a su vez, novedosas resistencias.

Desde 1788, Jamaica constituyó un espacio específicamente orientado al *loco* con la erección del *Hospital and Asylum for deserted negroes*, pabellón al interior del hospital de dicha parroquia, y que en 1815 se convirtió en una unidad independiente, el *Kingston Lunatic Asylum*<sup>2</sup>. A lo largo de la primera mitad del siglo XIX, numerosos comentarios de funcionarios públicos y observadores privados, destacaban la degradada condición del asilo y de sus propios pacientes, sometidos a una pobre dieta, despotismo de doctores y enfermeras, violencia física y sexual, hacinamiento, entre otros. Sin embargo, el escándalo público suscitado en 1861 por la revelación de una trama de abusos, torturas y corrupción ejercido sobre los pacientes dejó una huella de larga duración, tanto en la isla como en la metrópoli, que obligó a reconfigurar los mecanismos de control y vigilancia imperial sobre los hospitales británicos y de ultramar. A partir de allí, y con las variaciones instauradas en las sucesivas leyes regulatorias y reformas institucionales-1862, 1874, 1885-, hubo una mayor relación entre las prácticas y saberes de la psiquiatría metropolitana y la insular, con mayores esfuerzos de la última por aprehender los novedosos modelos de gestión y tratamiento del *insano* al contexto jamaicano.

Los cambios generados en el último tercio del siglo XIX en torno a las políticas de salud mental y disciplinamiento social en el marco de la reestructuración de las relaciones coloniales entre Gran Bretaña y Jamaica, originaron nuevas pautas en relación al período anterior. Desde entonces, hubo una búsqueda de *profesionalización* del asilo y su cuerpo médico, mediante el envío de reportes anuales al *Colonial Office*, visitas oficiales de comisionados en salud mental metropolitanos, el envío y control del accionar de los directores, mayores procesos disciplinarios ante denuncias por abuso, maltratos o corrupción; como también, la mayor relación en la producción académica británica y la aplicación de las novedosas prácticas de gestión y tratamiento psiquiátrico.

Sin embargo, hubo una clara línea de continuidad con los años previos a 1866, ya que eran las idénticas las bases sobre las que versaban las políticas de la salud mental: la *raza*, el *género*<sup>3</sup> y la *clase* fueron las determinaciones fundamentales tanto en la conformación del sujeto *demente*,

1 Knox, 1977, pp. 391-395

2 La separación se dio tras la *Lunacy Act* de 1862.

3 Hasta el momento, los estudios de género en torno a la política en salud mental colonial en Jamaica son muy insipientes, por lo que se presenta como un fértil recorrido para la producción de conocimiento crítico al respecto.

máxima expresión de aquellos<sup>4</sup> a quienes iban destinado las políticas de control de los modos de hacer, sentir, vivir. No en vano, en las fichas de los internos se anotaba tanto la profesión como la raza durante su incorporación a la *Jamaica Lunatic Asylum*. Durante el período 1863 y 1898 del total de los pacientes admitidos en la institución<sup>5</sup>, tan solo el 2,3 por ciento del total fueron catalogados como *blancos* durante su ingreso. Luego, el restante 97,3 por ciento, lo constituían distintos sujetos subalternizados de aquella sociedad colonial racialmente diferenciada: el 5,9 por ciento fueron anotados como *coolies*<sup>6</sup>, luego, el 16,9 por ciento ingresados fueron los *brown*, y finalmente, por amplia mayoría, el 74,9 por ciento de los nuevos pacientes fueron descritos como *black*.

En cuanto a la profesión<sup>7</sup>, más de la mitad estaba constituida por trabajadores no calificados (*labourer*), seguido por aquellos dedicados a la producción artesanal manufacturera, como sastres, zapateros, y, especialmente, carpinteros. Mención especial corresponde al momento de calificar las labores femeninas, siendo ubicadas, mayoritariamente como trabajadoras domésticas, seguidas por costureras y lavanderas<sup>8</sup>. Las constantes crisis presupuestarias y los pedidos de ampliación del asilo ante el hacinamiento de los internos, refleja que los internos representaban el escalafón más bajo dentro la consideración de *humanidad* por parte de funcionarios y miembros del Estado; i.e, subalternos retirados del mercado de trabajo. Por ejemplo, los intentos de emular el *moral treatment*, sistema de *vanguardia* organizado en asilos británicos desde la primera mitad del siglo XIX que consideraba que el tratamiento de *enfermos mentales* debía consistir en la eliminación de castigos físicos, encierro y centrarse en tareas artísticas, labores; etc. Como era de esperar, apenas pudo llevarse a cabo en la década de 1860 y 1870, debido a la imposibilidad de contar con fondos adecuados para los materiales, materias primas e infraestructura adecuados.

Bajo este marco, la construcción y aplicación del saber médico específico en torno a la salud mental, la psiquiatría, estuvo marcado por relaciones ambivalentes entre la metrópoli y la colonia, en tanto, Gran Bretaña -y Europa- constituían el faro ineludible del saber y el origen de las más altas autoridades en la materia; mientras que en el territorio jamaicano se construían prácticas y teorías concretas basadas en las propias relaciones sociales, en las formas históricamente determinadas en la construcción del Estado, de la sociedad racialmente estratificada, del racismo y de los mecanismos y dispositivos de disciplinamiento. Sería erróneo solo mirar al Imperio para trazar las nociones de confinamiento, tratamiento y *cura* -en los propios términos de normalidad y anormalidad de los sujetos sociales-, e ignorar que la aplicación de dichos saberes hegemónicos podían distar de las distintas realidades en que se insertaban. En un genial resumen de Lynette Jackson (1993): “las relaciones entre la población negra y la medicina blanca ha sido la asociación más característica entre la ciencia y el control social” (p. 71).

Entonces, desde los albores del siglo XX hasta la independencia de Jamaica en 1963 se puede afirmar que las políticas de salud mental y gestión del *demente* estuvieron signadas por la continuidad con el período anterior, en tanto se sustentaron bajo las mismas lógicas racistas médicas y sociales: el asilo era un espacio de encarcelamiento, no de cura, y el sujeto *anormalizado* estaba centrado en el *negro* proletarizado. Para 1931, menos la tasa de recuperación de los internos era menor al 20%, sin contar los reingresos, debido a la ausencia de programas de reinserción comunitaria (Altink, 2012, p. 4). El aumento en el interés por parte del gobierno imperial y la Legislatura Colonial por la situación del *Lunatic Asylum* -y a partir de 1938, *Jamaican Mental Hospital*, para luego cambiar a *Bellevue Hospital* en 1946- fue tornándose más imperiosa conforme

4 *Mujer, negritud y clase trabajadora*.

5 Smith, 2014, p. 130.

6 Término utilizado por los inmigrantes de las *East Indies* británicas, quienes llegaron como trabajadores serviles durante la segunda mitad del siglo XIX.

7 Bryan, 2000, p. 171; Smith, 2014, pp. 127-128.

8 Cabe a la historiografía rastrear los límites en el discurso oficial en torno a las actividades productivas de las mujeres, y en especial, a la categorización de *domestic servant*, en tanto obnubila la enorme variedad de trabajos que realizaban efectivamente de carácter informal o que eran impugnadas por la moralidad pública, como por ejemplo la prostitución, *amas de leche* y un conjunto de labores ligadas a la economía de cuidados.

se incrementaron, por un lado, la conflictividad al interior de la isla y la región, especialmente con el auge de los discursos nacionalistas e independentistas, y de la clase trabajadora ante las paupérrimas condiciones de vida, la represión, la falta de derechos civiles y políticos y las crisis económicas de entreguerras. Por otro lado, Gran Bretaña procuró mantener su dominio sobre las colonias constituyendo distintos programas, planes y comisiones que tendiesen a resolver, ya sea su escasa presencia, como al pobre desarrollo interno. Sin embargo, la propia lógica extractiva colonial impidió que la mayoría de las propuestas se llevaran a cabo o tuvieran un impacto considerable.

Algunos datos sobre la situación del asilo sostienen que el abandono y desinterés estatal sobre sus internos era una *política de Estado*, o sea, una expresión de la propia subvaloración -o *deshumanización*- del *insano*. Entre 1899 a 1959, su población se incrementó en un 419,6%, con una progresión de 766 pacientes en 1899, 1160 en 1908/1909, 1200 en 1922, 2400 para 1944 y 3124 en el año 1959<sup>9</sup>. Sin embargo, en todo este período, el hacinamiento, sobrepoblación, las pobres condiciones de higiene, escasa alimentación y la sobreexplotación de médicos y enfermeras fueron una norma inmutable.

Dicho estado fue descrito por numerosos reportes e investigaciones realizadas por funcionarios coloniales. Darcy Heuring (2011) destacó la reacción del psiquiatra Dr. Dale Hewson al llegar a Kingston para ocupar su cargo de director del asilo en 1927, al visitar la institución y describir en shock lo que allí había encontrado: desagües abiertos, ausencia de letrinas en pabellones enteros, y filtraciones cloacales en las salas (p. 6). Diez años más tarde, al morir Hewson, la efímera presencia del Dr. Henry Aslett fue por él justificada en un memorandum al Colonial Office, al afirmar que era imposible cualquier tipo de cuidado a los pacientes ante la deplorable situación de éstos, ante la falta de personal y presupuesto. El legislador jamaicano R. B. Barker, conminó a la propia Legislatura a enviar una partida presupuestaria extraordinaria para llevar adelante reparaciones y nuevas salas, como “primer paso para hacer el *Mental Hospital* un verdadero hospital mental en vez de algo parecido a una prisión medieval” (Heuring, 2011, p. 14). No en vano, la primera huelga que precipitó la *Labour Rebellion* en Jamaica en 1938<sup>10</sup>, comenzó en el asilo, en una protesta por las condiciones de trabajo, en la que se conoció como el *Black Friday*, donde dos manifestantes fueron asesinados en la represión y varios pabellones resultaron incendiados.

En cuanto al tratamiento médico, pocas eran las herramientas y posibilidades del personal profesional ante una proporción que osciló en 1 -sumando todo el cuerpo médico- a 20 y 30 internos según la fecha. Sin embargo, a partir de la década de 1940, fueron introducidos lentamente algunos métodos novedosos traídos de Europa, aunque, su aplicación, debido a la falta de instrumentos e insumos era menor. Así, entre 1940 y 1950, comenzaron a usarse la Terapia Electroconvulsiva, el coma insulínico, la lobotomía, seguido por la utilización de antipsicóticos fenotizinas y la terapia ocupacional<sup>11</sup>. Finalmente, la conformación de una Facultad de Medicina en la *University of West Indies* en 1947, y dieciocho años más tarde, un departamento de Psiquiatría, fue central para la educación de especialistas, que tras la independencia, iniciaron las nuevas políticas y programas de salud mental, investigaciones y trabajos con las comunidades, cerrando el abismo que durante todo el período colonial, se abría entre una formación británica -con todo el acervo cultural y profesional que ello implicaba- y las realidades y necesidades en el territorio insular.

Para culminar, nos cabe el interrogante: ¿qué lugar ocupan las políticas de salud mental, y el asilo, como su materialización institucional, en la construcción de las relaciones sociales capitalistas jamaicanas? Uno de los debates en torno a la *manicomialización* de las sociedades, versa en torno a si efectivamente el *gran encierro* foucaultiano tuvo lugar o si no es posible de generalizarse más allá de la experiencia occidental de la Europa contemporánea. En este sentido, el asilo y las leyes de salud mental, son parte de un programa de disciplinamiento social más amplio, junto con las

9 Smith (2014), pp. 84-87-102-173, Altink, 2011, pg 4, Hickling, 1993, pg 195.

10 Las *Labour Rebellion* fueron grandes movilizaciones que se desarrollaron en el Caribe en la segunda mitad de la década de 1930, y que conjugaron reclamos nacionalistas, independentistas, con otros de carácter económico debido a la gravedad de las consecuencias de la crisis económica.

11 Esta última, según indica Altink (2011), apenas consistía en trabajos ligeros al interior del hospital (4).

cárceles, hospitales, *workhouses*, entre otros dispositivos. Si bien se puede afirmar que en términos *cuantitativos* los internos del *Mental Hospital* para el período estudiado no significaron más del 0,2%<sup>12</sup> de la población jamaicana, no se puede soslayar, la importancia que tuvo este complejo en torno a la *locura* en el entramado de poder colonial, o sea, los mecanismos para afirmar la dominación de la clase dominante, y más aún, de las relaciones capitalistas.

El análisis de la institucionalización de parámetros de *normalidad* y *anormalidad* debe valorarse también en términos cualitativos, *i.e.* por el lugar que desempeña en la constitución de discursos públicos, en el impacto en los imaginarios, narraciones y comportamientos, tanto de la clase dominante, como de las clases subalternas. La reproducción del capital es indisociable de sus necesidades de una clase trabajadora que tenga determinados parámetros de *pensar, sentir y hacer*. Tal como señalara Karl Marx, el capital toma a la fuerza de trabajo tal como se le presenta<sup>13</sup>, la clase dominante se hizo de unas variadas instituciones y dispositivos para disciplinar a dicha población. Su puesta en práctica y resultados están históricamente determinadas y han dependido, a su vez, de las capacidades de resistencia y lucha de la clase oprimida por imponer sus propias dinámicas, valores y morales, muchas veces discordantes con los sentidos que se intentaban imponer a nivel estatal.

Para el caso jamaicano, este último elemento ha sido central. El enfrentamiento, bajo la forma de una *guerra civil encubierta*, entre la racionalidad moderna científicista, cristiana y laica, y las representaciones de las mayorías negras afrodescendientes, fue uno de los puntos centrales del proyecto colonial, especialmente desde la *Morant Bay Rebellion* hasta la independencia -y más allá. En este sentido, el manicomio fue una pieza relevante en la judicialización y represión de líderes y seguidores de diversos grupos religiosos y políticos que impugnaban el orden colonial, racista, y en ciertos casos, al propio capitalismo. La entrada al *Mental Hospital* de líderes como el baptista Alexander Bedward o el rastafari Leonard Howell, tras ser condenados por “sedición”, “alteración del orden público” y delitos de “lesa majestad”, reflejaban no solo una forma de impugnar construcciones populares en torno a la realidad y la política, sino también, subvalorarlas en relación al *deber ser* blanco, europeo y científico.

Por otra parte, el impacto de estas políticas sobre la *demencia* en la población fue ambivalente. Por un lado, y hasta tiempos actuales, las mayorías -incluyendo a sectores de la clase dominante blanca- siguieron acudiendo a *healers* y *bushdoctors*, para el tratamiento de sus afecciones psíquicas, y el cuidado de aquellos considerados *insanos* siguió siendo mayoritariamente de la comunidad (Hickling, 1988). Esto tanto por la ausencia de otros centros de salud por fuera de Kingston, o por la desconfianza en un *tratamiento* que implicaba el encierro involuntario, violencia y condiciones paupérrimas, hicieron que el asilo fuera el lugar para una minoría. Entonces, los internos solían ser aquellas personas cuya comunidad o familia no podía sostener. Por ello, el descontento de las parroquias de tener que mantener los costos de los internados en el hospital (Heuring, 2011). De este modo, se puede ver también una *necesidad* colectiva de una institución para la derivación de los asumidos como *insanos*, más allá de las diferencias en cómo se pensaba el origen y tratamiento de los padecimientos psíquicos.

Finalmente, si su importancia fuera *menor* ni la metrópolis ni la Asamblea Legislativa insular hubieran discutido, elaborado planes, programas alrededor de la salud mental y el asilo. La construcción de la noción de *normalidad* y *anormalidad* alrededor de la figura del *loco* era necesidad propia del régimen colonial, del Estado y de la clase dominante. Para el caso de Jamaica, como vimos, el *demente* representaba la absoluta subalternidad, tanto en términos de raza como en términos de clase: era el *negro* y a la par el *improductivo*. Ello explica, en gran parte, la política punitivista, reclusivo y degradante hacia los manicomializados.

12 Se toma como referencia una población de 1.628.520 para 1960, según estimaciones del Banco Mundial. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=JM> Fecha de Consulta: 30/10/2019

13 Marx, Karl (1867 [2009]). *El Capital*. Buenos Aires.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Altink, H. (2012). Modernity, race and mental health care in Jamaica, c. 1918-1944. *Journal of the Department of Behavioural Sciences*, 2(1), 1-19.
- BARRETT, L. (1973). THE PORTRAIT OF A JAMAICAN HEALER: African Medical Lore in the Caribbean. *Caribbean Quarterly*, 19(3), 6-19. Recuperado de JSTOR.
- Burke, A. W. (1979). Trends in Social Psychiatry in the Caribbean. *International Journal of Social Psychiatry*, 25(2), 110-117. <https://doi.org/10.1177/002076407902500206>
- Eisenberg, L. (1988). The social construction of mental illness1. *Psychological Medicine*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291700001823>
- Harris, D. P. (2017). *Punishing the Black Body*. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1pwt45w>
- Heuring, D. (2011). «In the Cheapest Way Possible...»: Responsibility and the failure of improvement at the Kingston Lunatic Asylum, 1914-1945. *Journal of Colonialism and Colonial History*, 12. <https://doi.org/10.1353/cch.2011.0033>
- Hickling, F. (2002). The political misuse of psychiatry: An African-Caribbean perspective. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 30(1), 112.
- Hickling, F. W., & Gibson, R. C. (2012). Decolonization of psychiatric public policy in Jamaica. *West Indian medical journal*, 61(4), 437-441.
- Hickling, Frederick W. (1988). Psychiatry in the Commonwealth Caribbean: A brief historical overview. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 12(10), 434-436. <https://doi.org/10.1192/pb.12.10.434>
- Hickling, Frederick W. (1993). Psychiatry in Jamaica—Growth and Development. *International Review of Psychiatry*, 5(2-3), 193-203. <https://doi.org/10.3109/09540269309028310>
- Hogarth, R. A. (2017). *Medicalizing Blackness*. Recuperado de [http://www.jstor.org/stable/10.5149/9781469632889\\_hogarth](http://www.jstor.org/stable/10.5149/9781469632889_hogarth)
- Knox, A. J. (1977). Opportunities and opposition: the rise of Jamaica's black peasantry and the nature of the planter resistance. *Canadian Review of sociology and Anthropology*, 14 (4).
- Marx, K. (1867 [2009]). *El Capital. Crítica de la economía política. Tomo I* (24.<sup>a</sup> ed.). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Mellet, D. J. (1981). Bureaucracy and mental illness: The Commissioners in Lunacy 1845-90. *Medical History*, 25(3), 221-250.
- Smith, L. (2014). *Insanity, Race and Colonialism: Managing Mental Disorder in the Post-Emancipation British Caribbean, 1838-1914*. Recuperado de <https://www.springer.com/br/book/9781137028624>
- Sutphen, M. P., & Andrews, B. (2003). *Medicine and colonial identity*. Recuperado de <https://trove.nla.gov.au/version/19621058>
- Vaughan, M. (1993). Madness and Colonialism, Colonialism as Madness Re-Reading Fanon. Colonial Discourse and the Psychopathology of Colonialism. *Paideuma*, 45-55.