



Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe
ISSN: 1659-0139
ISSN: 1659-4940
intercambio.ciicla@ucr.ac.cr
Universidad de Costa Rica
Costa Rica

Esclavitud, emancipación y salud mental: control, disciplinamiento y el ciudadano formalmente libre en Jamaica (1788-1865)

Mogni, Ariel Darío

Esclavitud, emancipación y salud mental: control, disciplinamiento y el ciudadano formalmente libre en Jamaica (1788-1865)

Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, vol. 20, núm. 2, e57163, 2023

Universidad de Costa Rica

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476974800010>

DOI: <https://doi.org/10.15517/ca.v20i2.57163>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 3.0 Internacional.

Artículos científicos (sección arbitrada)

Esclavitud, emancipación y salud mental: control, disciplinamiento y el ciudadano formalmente libre en Jamaica (1788-1865)

Slavery, Emancipation and Mental Health: Control, Discipline and the
Formally Free Citizen in Jamaica (1788-1865)

Escravidão, emancipação e saúde mental: controle, disciplina e o
cidadão formalmente livre na Jamaica (1788-1865)

Ariel Darío Mogni *

*Universidad de Buenos Aires-Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina*
mogni.ariel@gmail.com

Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre
Centroamérica y el Caribe, vol. 20, núm.
2, e57163, 2023

Universidad de Costa Rica

Recepción: 22 Diciembre 2022

Aprobación: 09 Octubre 2023

DOI: [https://doi.org/10.15517/
ca.v20i2.57163](https://doi.org/10.15517/ca.v20i2.57163)

Resumen: El presente artículo se propone analizar la construcción de las políticas de salud mental durante la transición de la esclavitud al régimen asalariado en Jamaica, desde finales del siglo XVIII hasta 1861, con la finalidad de elaborar una cronología que permita entrever sus particularidades en el contexto colonial. Así, se revela cómo la gestión de la “demencia” formó parte del proceso de elaboración de políticas y dispositivos específicos para el disciplinamiento y socialización de las mayorías negras en una sociedad racialmente diferenciada, en un contexto de gran conflictividad social. Para ello, analizamos fuentes primarias de la época – documentación estatal, textos y producciones de personalidades médicas y políticas pertinentes, artículos de prensa–, como también bibliografía especializada, para el contexto jamaicano, regional y global, con el objetivo de profundizar en el estudio del papel de la medicina y la psiquiatría en la emergencia de discursos y políticas específicas para la construcción del ciudadano imperial.

Palabras clave: Historia del Caribe, colonialismo, cultura afrocreole, psiquiatría colonial, gestión de la demencia.

Abstract: This article proposes to analyze the formulation of mental health politics during the transition of chattel slavery to agrarian capitalism in Jamaica, from the end of the XVIII century to 1861 so, to formulate a chronology that ables to oversee their particularities in the colonial context. Thus, it reveals how the management of lunacy was part of a more general process of socialization and disciple of the black majorities in racialize society that established specifics social mechanisms and dispositifs for the emergent necessities in a conflictive socio-political context. In order to accomplish that, we've analyzed primary sources –state documents, texts and productions by medical and political personalities, press articles–, as well as specialized bibliography from the global, regional and Jamaican context. The purpose was to deepen the study of the role of medicine and psychiatry in the origin of specific policies and discourses for the emergence of the Imperial citizen.

Keywords: Caribbean History, colonialism, afrocreole culture, colonial psychiatry, insanity management.

Resumo: Este artigo tem como objetivo analisar a construção de políticas de saúde mental durante a transição da escravidão ao capitalismo agrário na Jamaica, do final do século 18 a 1861, a fim de fazer uma cronologia que nos permita vislumbrar suas particularidades no contexto colonial. Assim, desvela-se como a gerenciamento de “demência” formou um papel mais geral no processo de disciplinamento e socialização das maiorias negras, em uma sociedade racialmente diferenciada, que constituiu mecanismos e dispositivos específicos para necessidades emergentes em

um contexto de grande conflito. Para isso, analisamos fontes primárias da época – documentação estatal, textos e produções de figuras médicas e políticas relevantes, artigos de imprensa– bem como bibliografia especializada, para o contexto jamaicano, regional e global, com o objetivo de aprofundar o estudo do papel da medicina e da psiquiatria na emergência de discursos e políticas específicas para a construção do cidadão imperial.

Palavras-chave: História do Caribe, colonialismo, cultura afrocreole, psiquiatria colonial, gestão da insanidade.

Introducción

La liberación de 320 mil esclavos (Barringer y Modest, 2018, p. 159) en Jamaica en 1838 implicó la necesidad de reformular las políticas públicas de administración, regulación y, sobre todo, la extensión de dispositivos e instituciones de socialización para el control, disciplinamiento e intervención sobre un nuevo sujeto social emancipado.

En este sentido, la gestión de la salud mental fue parte de las discusiones y políticas llevadas adelante durante dicha transición y reconfiguración de la economía y la sociedad insular luego del colapso de la esclavitud tras las leyes de emancipación. De hecho, Jamaica fue el primer territorio de la región en dotarse de un asilo para *dementes* desde 1788, institución que a la vez estaba orientada a la captura y resocialización de la población esclava y emancipada, junto al castigo a la huida, el vagabundaje o cualquier acto ilegal. Fue así como tempranamente se asoció la *locura* con la *delincuencia*, ante la necesidad de la minoría blanca plantadora de controlar los movimientos de las mayorías esclavizadas negras y el peligro constante de rebeliones, levantamientos y sabotajes al orden imperante.

De este modo, se analizarán las diversas transformaciones operadas en la sociedad con las continuidades y rupturas en las políticas de salud mental y la administración del *Lunatic Asylum* en Kingston, durante las últimas décadas de la Jamaica esclavista y las primeras tres décadas tras la emancipación. El objetivo del estudio es develar cómo la gestión de la *demencia* fue un elemento importante en la construcción y extensión de las políticas estatales para la socialización de la ciudadanía, mediante prácticas coercitivas y de encierro mediante la noción de la idea de *anormalidad/locura*, que se representaba, eminentemente, en la figura del lunático, *negro*, irracional e improductivo. A la vez, se detallarán los límites de la propia clase dominante blanca para reconfigurar su propio gobierno tras los nuevos desafíos de la sociedad libre, en lo formal, debido a sus nociones racistas y la búsqueda infructuosa de mantener su antiguo poder como plantadora.

Esclavos, azúcar y plantación: economía esclavista en Jamaica

La apertura del *Hospital and Asylum for Deserted Negroes* en 1788 en la parroquia de Kingston, expresó la necesidad de constituir una institución pública que diera respuesta a los requerimientos de controlar el movimiento de la mayoritaria población negra, representada en las personas esclavizadas y libertas ambulantes en la ciudad y la periferia, a la vez, de generar mecanismos punitivos hacia aquellas que no manifestaran comportamientos *normales*, *aceptables* o *sanos*, sea dentro de la plantación o en las urbes. La vagancia, vagabundeo, demencia o rebeldía merecieron el mismo trato que cualquier enfermedad infecciosa; es decir, la reclusión hasta que las

autoridades determinaran que la pena había sido saldada o que la cura había sido exitosa. Así, la experiencia de la gestión de la demencia en Jamaica fue más el resultado de las necesidades emergentes al interior de la especificidad de dicha sociedad esclavista y los desafíos propios tras la emancipación, que un mero proceso de universalización de las instituciones, leyes y dispositivos metropolitanas en las colonias.

A partir del primer tercio del siglo XVII, Gran Bretaña comenzó su expansión en el Caribe mediante la conquista de Barbados, Kits, Antigua y Monserrat; en 1655 hizo lo propio con Jamaica, de posesión española, que pasó a ser parte del Imperio Británico 15 años más tarde, junto con las Islas Caimán, tras la firma del Tratado de Madrid¹. Desde entonces, la historia de Jamaica estuvo ligada a la organización de su territorio con base en la explotación intensiva de la tierra –la plantación– por medio de mano de obra esclava importada masivamente desde África para la producción de materias primas para la exportación, en especial el azúcar, y luego, el café. Plantación, azúcar y esclavitud fueron las bases constitutivas de las relaciones sociales de la isla, que la convirtieron en la colonia británica más rentable luego de la India para principios del siglo XIX, ubicándose como la mayor vendedora de azúcar refinada en 1805 y de café en 1810.

Tal como indicó Barry Higman (2005): “la plantación productora de azúcar puede ser vista como una precursora de la moderna fábrica industrial, basada en la gran escala de inversión de capital y producción, tecnología, manufacturación y [utilización] de una fuerza laboral grande” (p. 8). El cálculo y la eficiencia capitalista para la exacción brutal de plustrabajo del esclavo para la elaboración de mercancías destinadas al comercio mundial.

En este sentido, la acumulación de grandes propiedades de tierras en pocos propietarios blancos tuvo su concomitancia en la organización política insular, donde el acceso a los derechos políticos estuvo subsumida a dicha minoría terrateniente; de allí su nombre de *plantocracia*. Desde 1655, con la primera Constitución insular, se estructuró el sistema de gobierno con un gobernador enviado por Gran Bretaña a la cabeza, una Cámara Alta nominada por él mismo, una *House of Assembly*, con 40 miembros de la aristocracia local, con altos poderes de veto y autonomía en relación con la metrópoli, ya que cualquier ley tenía que pasar por su aprobación mayoritaria, antes de poder ser promulgada por el *Colonial Office* (Graham, 2019, pp. 44-45). De este modo, se constituyó el avasallamiento de los órganos gubernamentales basados en la propiedad y la renta.

Pero si la Asamblea reflejaba la relación con el poder colonial, y las tensiones, negociaciones y mecanismos de subsunción y resistencia, el dominio de la minoría blanca sobre los órganos de gobierno se revelaba con plena claridad a nivel local y al interior de las plantaciones. Jamaica estructuró una división territorial sobre la base de parroquias, que consistían en 12 miembros electos blancos, siendo su función la asistencia al gobierno colonial, el desarrollo y sostenimiento de las instituciones penales, la aplicación de la ley y el orden y el mantenimiento de la infraestructura pública.

Finalmente, la carta magna jamaíquina dotaba de grandes prerrogativas jurisdiccionales al plantador en su tierra, convirtiéndolo en un pequeño rey subrogante: la aplicación de castigos y medios de disciplinamiento, la construcción de *workhouses*, prisiones y hospicios, el sostén de personas enfermas e inválidas, la alimentación, la distribución de viviendas y huertas a la comunidad esclava, la organización del trabajo y sus cargas. En última instancia, el poder de asegurar el dominio sobre la amplia masa esclavizada quedaba a consideración de los métodos y la fuerza del terrateniente, que, si tenía que rendir cuentas ante alguna situación, sería ante sus conciudadanos de la parroquia, también plantadores, blancos y encargados de mantener sus condiciones de dominación.

Sin embargo, el modelo de acumulación y la forma de explotación de la mano de obra comenzó a ser cuestionado severamente para fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, por una parte, con el incremento de la resistencia y las rebeliones esclavas, con la Revolución haitiana como máxima expresión en la región; como también por la presión ascendente por parte de diferentes movimientos abolicionistas en el mundo atlántico, en particular de la *Anti-Slavery Society*. Para 1807 el Parlamento británico prohibió el comercio de esclavos y en 1820 sancionó los *Amelioration Codes*, con el objeto de regular las horas de trabajo, castigos y condiciones de vida de la población esclava en territorios coloniales; por lo que se buscaba mantener la organización de la producción servil aminorando las cargas laborales, sin trastocar los principios mismos de la producción, en un contexto de creciente belicosidad esclava en el Caribe.

Tras la independencia de Haití (1804), le siguieron movimientos rebeldes de gran escala en Barbados (1816), Trinidad (1819, 1825 y 1829) y Antigua (1831). Sin embargo, fue la *Cristmas Rebellion* en Jamaica, para finales de 1831, la que precipitó la abolición definitiva, cuando 60 000 esclavos y esclavas se vieron envueltos en la insurrección, liderados por el pastor baptista Sam Sharpe, durante tres meses y ocasionando el daño de más de 200 plantaciones, la huida masiva de la mano de obra esclavizada y el pánico de los sectores urbanos (Weeks, 2008, p. 41). Si bien aquella rebelión fue reprimida por las fuerzas coloniales, aceleró las discusiones que dieron lugar a la firma de la *Slavery Abolition Act* de 1833².

Entre la firma del fin de la esclavitud, la indemnización de los amos por la pérdida de sus propiedades vivientes³ y la efectiva libertad jurídica de los esclavos en 1838, el gobierno británico instauró el sistema de *apprenticeship*, donde la nueva fuerza de trabajo emancipada debía trabajar gratis para su amo durante 40 ½ horas semanales, y las horas extras tenían que ser pagadas según un contrato formalmente libre entre ambas partes. Este nuevo estatuto fue presentado por el Parlamento británico con el pretexto de generar una “transición para entrenar y ‘resocializar’ a los manumitidos para aceptar la disciplina del nuevo sistema del trabajo asalariado” (Griffith-Hughes, 2003, p. 1).

Este estatuto intermedio ocasionó un abierto enfrentamiento entre capital y trabajo, plantadores y aprendices, por la distribución de las

horas laborales, las cargas productivas, el valor de las horas extras y por los derechos consuetudinarios no sancionados por la nueva ley. Por una parte, los propietarios intentaron sostener los márgenes de ganancia previos a 1834, en un contexto de progresiva caída del precio del azúcar, manipulando los tiempos de los jornales para extenderlos el máximo posible durante la semana. Además, la población manumitida buscó concentrar la carga laboral en la menor cantidad de días para poder dedicarse a los cultivos de sus *provision grounds*, tierras en los márgenes de la plantación, que desde el siglo XVIII los terratenientes habían ido cediendo a la comunidad esclava con el fin de que obtuviera de allí parte de los medios de subsistencia. Estas huertas habían permitido no solo la reproducción de las familias sino también la generación de un excedente comercializable en los mercados locales que podían generar grandes ingresos: “los aprendices trabajan por la noche muy contentos, pero no lo harán los sábados. ... La razón es que ellos pueden hacer el doble o a veces el triple cultivando sus *provision grounds*, y llevando su producción al mercado” (Thome y Kimbal, 1838, p. 93).

Pero, si el *Apprenticeship System* iba a durar hasta 1840, el estado de agitación y tensión social generó que en 1838 fuera abolido. Las campañas de visibilización por los abusos y arbitrariedades llevadas adelante por los plantadores, en colusión con las autoridades judiciales en contra de sus aprendices, también eran discutidas en el Parlamento británico y en la prensa: castigos físicos y la prisión por casos menores eran constantemente dictaminados por los magistrados especiales⁴, en una clara muestra de que la minoría blanca propietaria no iba a abandonar su noción de propiedad sobre la fuerza de trabajo, en su hambruna canina de plustrabajo.

Uno de los mayores ejemplos de la búsqueda de disciplinamiento y violencia física empleada por la minoría blanca, fueron los *tread-mill*, unas norias construidas especialmente para ser tiradas por las personas encarceladas, cuyos brazos estaban encadenados a un tabique superior y con los pies, al correr, debían darle movimiento continuo a la maquinaria. Según los cuáqueros Joseph Sturge y Thomas Harvey (1838), los *tread-mill* no solo eran una “forma de degradación ... sino también un instrumento de tortura” (p. 336).

Con base en las acusaciones y evidencias de la sobreexplotación, abusos, violencia y arbitrariedades bajo este sistema transitivo al trabajo asalariado, el 1 de agosto de 1838, fue aprobado el fin definitivo del sistema de aprendizaje, y una población de 320 000 personas, que en menos de una década habían pasado de la esclavitud al *apprenticeship*, fueron consideradas formalmente libres, dando punto final a la *chatel slavery* en las *West Indies*. Esto implicó el inicio de grandes cambios en las relaciones sociales, políticas y económicas, como desarrollaremos más adelante.

La gestión de la demencia hasta 1838

El surgimiento de signos de enfermedades mentales en la mano de obra esclava al interior de las plantaciones fue percibido por los

colonialistas desde el inicio mismo de la colonización insular. Las causas pueden encontrarse en la experiencia de extrema violencia, desarraigo, condiciones de vida inhumanas, y más, desde el comienzo de su sujeción forzada en África, la supervivencia del *Middle Passage* y la penosa existencia en los latifundios.

Durante todo el período esclavista, la gestión de la salud mental tenía un carácter ambivalente. Por un lado, estaba la obligación legal de cada plantador de disponer de facilidades para la prestación tanto de servicios médicos como de mecanismos punitivos para la fuerza de trabajo en sus tierras: como ya hemos señalado, el *slaveholder* era consagrado como un delegado del poder estatal en sus territorios por la ley. A la par, se desarrollaron una red de prisiones, hospitales y *workhouses* parroquiales, cuya principal expansión se dio durante la segunda mitad del siglo XVIII, y que servían como espacios públicos de confinamiento tanto de los esclavos y esclavas huidas, acusadas de rebeldía, enfermedad o con manifestaciones de trastornos mentales. Como señaló el Capitán John Pringle (1838), en su reporte sobre el estado de las prisiones, los hospitales disponían de un calabozo, “provistos con esposas y grilletes” para el confinamiento de prisioneros por parte de los jueces (p. 10).

El envío a estos establecimientos podía darse a partir de una condena realizada por las *Slave Courts*, juzgados especializados para los crímenes ligados a la población servil; ya sea por decisión de los Jueces de Paz parroquiales ante la aprehensión tras la sospecha de vagabundeo o escape, o por petición expresa del terrateniente, quien pagaba los costos del encierro. De este modo, se desarrolló la estrecha asociación entre enfermedad y criminalidad, demencia y rebeldía, reclusión y disciplina⁵.

En 1788 se promulgó el *New Act of Assembly of the Island of Jamaica* que sustituyó al código de 1696, que reordenó los deberes y derechos de los plantadores y de su mano de obra; incluyendo lo relativo a cuidados y alimentación ante enfermedad e invalidez de la comunidad esclava, en un intento de dar un cariz positivo al sistema de explotación servil, ante el aumento de la presión de los movimientos antiesclavistas en la metrópoli y el incremento de las rebeliones a nivel regional (Hogarth, 2017). Asimismo, estos mecanismos de control por parte del terrateniente individual –y colectivo–, cohabitaban con los cuidados que efectuaban sobre los dementes las propias familias y de la comunidad, tanto de la clase dominante como de los sometidos a la servidumbre. Como destacaron Frederick Hickling y Roger Gibson (2012):

No es que durante este período hubiera una escasez de doctores. ... La profesión era respetada y sus practicantes probaron ser confiables y competentes. ... Probablemente, el tratamiento psicológico más importante era provisto por los predicadores esclavos negros. ... Estos profesionales eran casi enteramente independientes del control de los blancos y contribuyeron al bienestar físico y psicológico de los esclavos (p. 434).

Más allá del rechazo público que generaban los curanderos entre las autoridades coloniales, debían aceptar la importancia de dichas

prácticas para la reproducción del propio sistema esclavista, ya que aseguraban la supervivencia física y estabilidad psicológica de su mano de obra (Bilby y Handler, 2004, p. 154).

El *Hospital and Asylum for Deserted Negroes*, fundado en 1788, personificó las necesidades de extender los mecanismos de control material y simbólico sobre la población negra –formalmente libre o sometida– más allá de las prerrogativas de los *slaveholders* y las prisiones parroquiales. Su rol de impartir cuidados coexistía con su función de asegurar la “sobriedad, templanza, decencia y buen comportamiento entre los pacientes” (Hogarth, 2017, p. 149). Más aún, se permitía el encierro en calabozos y los azotes a quienes disrumpieran las normas impuestas en sus celdas.

Pero, a la vez, tenía el poder de ofrecer asistencia a las personas esclavizadas y emancipadas que estuvieran en la ciudad y alrededores, apresar a quienes que no pudieran justificar su salida de la plantación e incluso si eran pobladores libres, que por el solo hecho de circular por el espacio urbano, eran objeto de sospecha, ya que, sin supervisión, era potencialmente capaz de conspirar.

Así, nos encontramos con un doble proceso en la gestión de la demencia en Jamaica: primero, al igual que en otras islas de las *West Indies*⁶, el desvío era castigado, primero en prisiones, *workhouses* o *hothouses*, en tanto las autoridades y plantadores⁷ asociaron demencia con criminalidad, y los dispositivos para su confinamiento tenían como objetivo la custodia, el castigo y el control, más que la cura. Asimismo, y a diferencia de las otras islas británicas de la región, Jamaica fue el primer territorio –hasta la mitad del siglo XIX⁸– en establecer de manera centralizada una institución y un código para lidiar con el sujeto *lunático* a través del *Hospital and Asylum* de Kingston, que, si bien fue fundado para dicha parroquia, se convirtió en 1818, en un centro hospitalario para todo el país. Este cambio no implicó una modificación ni en el trato ni en la consideración de la *desviación*, en tanto fue regulada por la misma legislación que las cárceles y calabozos: la *Jamaica Gaol Act* de 1834.

A la vez, la asistencia pública fue un medio para la represión del mayor miedo de la minoría blanca en la isla: la rebelión. Un temor justificado en un territorio donde la mano de obra esclava constituía más del 90 % de la sociedad. La necesidad de controlar los cuerpos del sujeto peligroso implicaba a la vez controlar sus movimientos, en tanto que este siempre era visto bajo la sospecha de diseminar el rumor, el descontento, la organización contra los plantadores. Y, bajo los castigos al ocio, la embriaguez y la impudicia, siguiendo los conceptos moralizantes sobre el trabajo, ya vistos para el modelo inglés, y corporizados, por ejemplo, en la Ley de pobres, es que se efectivizaba la vigilancia e intervención sobre las mayorías negras.

De modo, que el *Hospital and Asylum* fue un engranaje más en el aparato de coerción de la corporalidad y movilidad de la población negra, esclavizada o libre, personificada como el mayor riesgo para la reproducción del propio modelo de acumulación:

Mientras ofrecía benévolos servicios a los negros de Kingston, el *Hospital and Asylum for Deserted Negroes* confinaba a los reclusos transitorios negros en una centralizada y, en teoría, y altamente policíaca locación. Las políticas del hospital proveen un sombrío recordatorio de cómo la caridad y el control formaron la atención médica en las sociedades esclavistas (Hogarth, 2016, p. 12).

Finalmente, en 1815 se dio la separación formal del *Lunatic Asylum* del hospital de Kingston, dando lugar a dos instituciones separadas. Para 1838, al momento de la emancipación, el asilo mental aún era un espacio menor entre los dispositivos sanitarios, disciplinarios y de control, aunque con creciente presencia: durante todo este período, pasó de albergar nueve pacientes en 1793 a 111 en 1836-37 (Bowerbank, 1858, p. 41). Sin embargo, las quejas por el maltrato a sus residentes y la sobrepoblación fueron cada vez mayores. Con la liberación de los 320 000 aprendices en 1838, la gestión de la demencia y el asilo mental habrían de tomar nuevas proporciones y cambios.

Transformaciones socioeconómicas entre 1838-1862

El período posterior a la emancipación implicó un proceso de transformaciones sociales, principalmente, por el colapso de la economía basada en la hacienda azucarera, el incremento exponencial del pequeño y mediano campesinado orientado a la producción de mercancías para el mercado local, la conflictividad entre los plantadores y la mano de obra asalariada por el precio de la fuerza de trabajo, como también por la búsqueda del acceso al poder político por un creciente sector afrodescendiente, con la reacción contraria por la minoría blanca de la Asamblea Legislativa.

Entonces, las primeras décadas tras la manumisión implicó tanto la caída progresiva y fulminante de las plantaciones, como de la centralidad en la producción y de la exportación de azúcar en la isla. Si para 1838 el promedio anual de manufacturación de la caña azucarera era de 91 mil galones, para 1856 había caído a casi 20 mil galones (Danby, 1950, p. 32), mientras que la cantidad de haciendas azucareras se redujo de 670 a 513 de 1838 a 1847, quedando operativas tan solo 300 para 1865⁹. Entre las causas de tal fenómeno podemos indicar, en un principio, la continua merma de los precios internacionales del azúcar, debido a la incorporación de nuevos y grandes productores esclavistas, como Brasil y Cuba, que tomaron el papel preeminente de exportadores mundiales, como también los crecientes cultivos de remolacha azucarera del este europeo.

Así, entre 1750 a 1850, el precio de la tonelada de azúcar cayó de 28£ a 11,5£, con un pico de £50 en 1800¹⁰, momento de mayor participación de Jamaica en el comercio mundial de dicha *commodity*. Más aún, el golpe de gracia fue el fin de las cuotas azucareras o *sugar duties* que el Estado británico aseguraba a sus colonias, tras su derogación completa en 1846, que generó que Jamaica tuviera que competir en condiciones desiguales con la

capacidad y escala productiva de aquellos territorios previamente mencionados.

Pero, en última instancia, el problema fundamental que hizo que colapsara el modelo de acumulación basado en la plantación azucarera fue la incapacidad de la clase terrateniente en adaptarse durante este período de transición del capitalismo agrario fundado en relaciones asalariadas. Las primeras décadas tras la emancipación se caracterizaron por un notable conflicto entre el capital y trabajo en el agro por establecer una jornada laboral, salario y condiciones de explotación de la fuerza de trabajo; o sea, la forma en que se habría de extraer el plustrabajo. En este orden de ideas, los terratenientes se vieron imposibilitados de mantener los bajos costos del capital variable del período anterior, ya que no generaron las condiciones económicas para atraer a su anterior servidumbre a sus fincas, debido a su constante búsqueda de presionar los jornales a la baja, como también al crear exacciones y rentas a las viviendas, huertas y más.

Paralelamente, la nueva mano de obra libre emancipada, comenzó un constante y progresivo proceso de campesinización, mediante la ocupación de terrenos baldíos, la compra de pequeñas parcelas de tierras a los propios plantadores y el cultivo de huertas, en un fenómeno que, como señalamos, ya venía desarrollando durante el período esclavista con el cultivo de subsistencia de sus *provision grounds*, estimulados por los propios amos (Cumper, 1956, p. 267). Pero fue tras el fin de la esclavitud, cuando estas tierras pasaron a constituir un espacio de relativa autonomía para las familias jornaleras, que, a la vez, les permitieron una mejor capacidad de negociación frente a los grandes propietarios: “Una familia industrial podía generar £2-£3 cada semana vendiendo sus productos en los mercados. Esto era mucho mayor que el mejor salario semanal para trabajadores en el campo, por eso, no es sorprendente que ellos rechazaran estos trabajos” (Morgan, 2012, p. 469).

Entonces, si para 1834, la mitad de la mano de obra total de la isla era empleada en plantaciones azucareras, dicha cifra cayó a 25 % en 1854 y a tan solo 5,1 % en 1891¹¹. En simultáneo, para el mismo período hubo un aumento del pequeño y mediano campesinado: de 2 mil en 1838, a 19 mil para 1845, 62 mil en 1861 y 111 mil en 1890; representando, en sus inicios, un 0,8 %, 8 %, luego un 26 % y, por último, un 30 % del total de la población ocupada respectivamente (Post, 1978, pp. 31-32). Desde el fin de la emancipación hasta finales del siglo XIX, la economía jamaquina se basó en la producción de bienes de consumo y materias primas sobre la base de la pequeña producción agrícola: en 1890, las fincas con menos de 8 hectáreas producían el 39 % de los bienes exportables y el 75 % de los productos agrícolas totales (Post, 1978, p. 37).

Pese al colapso de la economía de plantación y la creciente importancia de la pequeña propiedad agraria en manos afrodescendientes, entre 1838 y 1865, la minoría blanca de hacendados logró mantener su supremacía tanto en la Asamblea Legislativa como de las Juntas Parroquiales locales, mediante una

intensificación de la discriminación en el acceso a los cargos políticos, pautados según derechos de propiedad y renta¹². Si bien durante estas tres décadas el número de votantes legales nunca excedió los 2 000 miembros (Knox, 1977, p. 388), hubo un progresivo ingreso de sectores negros y mestizos como consecuencia de los cambios económicos antes remarcados, que se expresó en que, a principios del sexto decenio, 12 de los 47 legisladores de la isla fuesen de ascendencia negra (Barringer y Modest, 2018, p. 149).

Las contradicciones generadas por este sistema exclusivo de disfrute de los derechos políticos basados en estrictos parámetros económicos y raciales, junto con el ascenso sostenido de los ingresos de un número creciente de *freeholders* negros y *browns* sin derechos políticos de cualquier tipo, culminó en un enfrentamiento a gran escala expresado en la Rebelión de Morant Bay de 1865 que abrió una nueva etapa en la historia política del país. A partir de allí, la clase dominante insular cedió su hegemonía política a la metrópoli, y Jamaica pasó a ser una *Crown Colony*, cuyos gobernantes y magistrados fueron enviados y controlados de forma directa por el Imperio Británico.

La conversión de Jamaica en *Crown Colony* trajo consigo una transformación del Estado colonial, bajo el dominio formal del *Colonial Office* británico, que originó una nueva era en las políticas de intervención cultural y simbólica en aras de imponer un nuevo sistema de valores y representaciones a las mayorías afrodescendientes: bajo el tutelaje británico, la población afrodescendiente debía apropiarse de la subjetividad imperial-racionalista-occidental-victoriana. Así, uno de los puntos nodales para esta política fue la intervención en el plano de la religiosidad, por medio de la revinculación estatal con las iglesias confesionales –calvinista, católica, anglicana, adventista, entre otras–, para propiciar la expansión del tejido misionero en la isla, junto con la erección de colegios de formación primaria bajo su tutela; al tiempo que profundizaba la represión e ilegalización de prácticas asociadas a la religiosidad afrocreolé (Moore y Johnson, 2004).

Encierro y demencia ante el nuevo ciudadano jamaíquino

El período posterior a la emancipación estuvo caracterizado por la centralización estatal de los mecanismos de construcción del sujeto, adquiriendo las funciones de represión, disciplinamiento y socialización que hasta 1838 estaban, principalmente, en manos del plantador individual. Sin embargo, dichas políticas de Estado –sea en la legislación como con la construcción y extensión de distintos dispositivos de socialización– encontraron un gran límite en la propia disposición de la clase dominante: la Asamblea Legislativa con relativa autonomía de mayoría plantadora blanca, quienes por sus concepciones y nociones racistas y de clase, se veían incapaces de aceptar como ciudadanos iguales a quienes habían obtenido su manumisión. Esto llevó a un doble proceso: primero, a que hubiera grandes continuidades en el foco represivo-violento en las prácticas

sanitarias, médicas y educativas hacia las mayorías; y luego, que la expansión de los servicios e instituciones públicas fuera lenta y tortuosa, en tanto que eran considerados onerosos dichos gastos presupuestarios hacia servicios de intervención pública y mayoritaria.

La libertad de movimiento de la población negra profundizó el temor a la pérdida del poder de la minoría blanca, que originó el desarrollo de nuevas legislaciones y prácticas tendientes a imposibilitar la asociación de las mayorías afrodescendientes, como un fuerte control sobre sus cuerpos mediante la extensión de dispositivos disciplinarios:

La legislación post-emancipación y las prácticas punitivas expresaron que había un elemento dual en la libertad. La libertad en Barbados y en Jamaica había sido proclamada en el discurso legal, pero al mismo tiempo debía ser representada. Sin embargo, en el delineamiento de las leyes, los legisladores usualmente operaron bajo la noción de que había una porción de la población que debía ser castigada debido a su congénito temperamento y sus resultantes actos. ... En efecto, la plena emancipación solo dio más luz a las jerarquías raciales que habían estado presentes durante la esclavitud (Harris et al., 2017, pp. 69-70).

Si el *New Act* de 1788 reguló los castigos y procedimientos que debían llevar adelante los plantadores sobre los esclavos, tras la emancipación también se sistematizó la violencia física y los mecanismos punitivos hacia la población mayoritaria, en la forma de azotes, cepos y ahorcamientos penitenciarios, según la gravedad del crimen y la ofensa. Las leyes contra la vagancia operaron como el denominador común del control sobre los sujetos liberados, sobre la necesidad de constituirles en una apta fuerza de trabajo y en una obediente ciudadanía. En consecuencia, la Asamblea Legislativa de Jamaica sancionó diversos estatutos para penalizar el ocio, el vagabundeo y la reunión¹³ de la población negra a través del *Act for the Punishment of Idle and Disorderly Persons, Rogues and Vagabonds, Incurable Rogues* del 5 de diciembre 1839, y del *Act for Preventing Tumults and Riotous Assemblies* de 1842. Las consecuencias de infringir dichas normativas eran el envío a prisión, el sometimiento a trabajos forzados y en algunos casos, el castigo físico.

La tensión constante entre los terratenientes y el peonaje por las condiciones de empleo y sus derechos laborales, la salida masiva de mano de obra agraria de la plantaciones para convertirse en un pequeño campesinado o de subsistencia; y la constante crisis de la economía de plantación, exacerbó el temor blanco a una pérdida de su poder efectivo desde la década de 1840, y con ello, la necesidad de expandir su capacidad de control, bajo la forma de los dispositivos represivos, educativos, médicos. En este contexto, los debates sobre la ampliación del asilo mental de Kingston comenzaron a crecer en la Asamblea colonial, y a lo largo del cuarto decenio del siglo XIX se llevaron adelante diversos proyectos en aras de reordenar la política de salud mental: en 1840 se clarificaron los criterios de admisión al asilo, en 1842 se hicieron los primeros nombramientos de comisionados encargados de la inspección de este. Para entonces, el *Asylum* constituía la institución central para el envío y tratamiento público de

la demencia de la población negra trabajadora y campesina (Smith, 2014): por otra parte, 9 de cada 10 asilados eran catalogados como “negros” o *browns*, mientras que tan solo un 10 % era titulada como *Upper Class* (Bowerbank, 1858, pp. 37-41).

El aumento cuantitativo de pacientes en admisión en el *Lunatic Asylum* entre 1838 y 1853¹⁴ fue de más de un 80 %, sin que haya implicado una contrapartida equivalente en términos de inversión: como señalamos previamente, el gobierno colonial era reacio a realizar erogaciones presupuestarias destinadas para el uso de las mayorías afrodescendientes. La ausencia de grandes transformaciones edilicias para sostener determinadas condiciones de seguridad e higiene ante tal incremento, derivó en el estado constante de sobrepoblación y degradación del asilo. Por otra parte, el carácter represivo y disciplinador, cada vez más creciente, la asociación de la demencia con el encierro, como parte particular de una política general de control sobre el cuerpo y el movimiento de las nuevas mayorías negras liberadas del yugo de la *chattel slavery*, se verifica en que el número de pacientes de alta fueron proporcionalmente disminuyendo, al tiempo que la mortalidad fue en aumento. Durante el último sexenio de la esclavitud, el promedio de altas anuales era del 26 %, cifra que decayó al 21 % (Bowerbank, 1858, pp. 37-41).

De este modo, hasta la segunda mitad del siglo XIX, las leyes que regulaban los modos de encierro y las formas de administración de los hospicios eran en gran parte modelados por los gobiernos coloniales, sin gran intervención británica, territorio que desde el *County Asylum Act* de 1808¹⁵, codificó los alcances de los asilos, sean públicos o privados, y obligó a la sistematización de la información referida a las instituciones, y la profesionalización de los empleados; proceso que se fue profundizando en las modificaciones legales posteriores, especialmente con la *Lunacy Act* de 1845¹⁶:

El crecimiento ordenado de las tareas de cuidado de los asilos [mentales] llevados a cabo en Gran Bretaña, no fue duplicado en las colonias. Por el contrario, parece que el insano en las colonias fue relativamente invisible dentro de los sujetos coloniales, y las provisiones hechas para ellos tendieron a ser azarosas e inadecuadas en términos de regulación legal, alojamiento y cuidados. ... La responsabilidad británica por los sujetos insanos fueron negociados con las colonias (Swartz, 2010, p. 163).

En Jamaica, sin embargo, no se dio tal desarrollo. Durante todo el siglo XIX, los directores del *Asylum* eran enviados directamente por la *Colonial Office* de las islas británicas, que a la vez contrataba a médicos, también allí formados, y las enfermeras, quienes no tenían ningún tipo de especialización. La ausencia de una universidad o escuela asociada al *Hospital. Asylum* ocasionaba controversia interna, debido a la falta de profesionales idóneos para las tareas jerárquicas y la enorme dependencia con la metrópoli, quien, ante el retiro del superintendente médico¹⁷ debía poner en funcionamiento el proceso de selección y contratación, que podía durar meses, lo que dejaba acéfalo al asilo.

La función represiva y de encierro del establecimiento era evidentemente más decidida que la de operar como institución

curativa. En palabras del *House Surgeon* del *Hospital and Asylum*, Dr. Easton, en 1848: “Es difícil buscar cualquier tipo de tratamiento más que el encierro, debido a la falta de lugar. El asilo no está en condiciones de recibir o beneficiar a los maníacos, al estar confinados entre cuatro y cinco en una habitación” (Bowerbank, 1858, p. 38). Si, con anterioridad, notamos como expresión de dicho fenómeno el bajo promedio de altas desde la 1838, conforme al creciente número de ingresantes; otro tanto debe ser mencionado en relación con la situación edilicia y la cantidad de pacientes, los tratamientos utilizados y los modos de contabilidad y sistematización del estado de la población admitida y su desenvolvimiento durante su internación.

Un buen ejemplo de esta situación son las denuncias y propuestas públicas llevadas adelante por el médico privado de Kingston, el Dr. Lewis Bowerbank (1858; 1859; 1860¹⁸; 1865), que son de gran relevancia para analizar de manera sistematizada, tanto la situación del *Mental Asylum*, como de las disputas en torno a la necesidad de profesionalizar y mejorar las condiciones de pacientes en Jamaica, elementos que ya venían siendo debatidos de manera dispersa por otros comentaristas y visitantes de la isla. Entonces, uno de los elementos que surgen del estudio de los trabajos del Bowerbank, es la falta de un abordaje pormenorizado de las causas de ingreso de los pacientes, de las altas y de los decesos. Si bien, el director del asilo debía entregar anualmente a la Asamblea un reporte sobre la situación del establecimiento, estos solían ser simples descripciones de ingresos y salidas, y del número de muertes, sin mayores detalles, llegando incluso a no hacerlo en los períodos 1853-54 y 1854-55, sin ningún pedido de la Asamblea Legislativa para la entrega de dicho reporte:

Bajo el título de “dado de alta”, ninguna explicación es dada, como generalmente se hace, sin importar si la persona ha sido dispensada por cura, por alivio o incurabilidad; si se ha dispensado él mismo, o despedido por falta de conducta, etc. Tengo razones para pensar que últimamente, a cualquier nivel, una larga proporción de pacientes se han ido por sí mismos, disgustados e insatisfechos por el tratamiento recibido (Bowerbank, 1858, pp. 24-25).

Luego, un problema recurrente de la institución desde sus primeras décadas de existencia fue el estado material del edificio, sus habitaciones y la falta de aforo para el crecimiento continuo de sus habitantes. Así, en primer lugar, se destacaba las condiciones inhumanas de habitabilidad como consecuencia del colapso de los sumideros y letrinas, sea por la falta de tratamiento y reparaciones; a lo que se sumaba la podredumbre en los techos y camas, de materiales perennes, por las fuertes lluvias y humedad. Finalmente, la sobrepoblación que, pese a la adición de nuevos cuartos a lo largo de las décadas, nunca fueron acordes a sus necesidades; por ejemplo, para 1852, había 500 pacientes para un asilo con capacidad para tan solo 345. Como señalaba el mismo Bowerbank: “ningún blanqueamiento de las paredes, de los canales o drenajes del *Kingston Hospital and Lunatic Asylum* podrán remover su condición de espacio físico de

plagas, ni que pueda aparentar que su existencia deba ser preservada” (Bowerbank, 1858, pp. 20-21).

Por último, no fueron estos elementos los que trajeron la atención de la Asamblea Legislativa jamaicana, y en los años 1860-1861 al propio gobierno británico, sino las nutridas denuncias de violencia física, abusos y tratos inhumanos por parte de enfermeras y médicos de la institución a un sinnúmero de pacientes, que, lejos de haber sido acciones individualizadas, eran métodos sistemáticos de control y disciplinamiento hacia la población internada. Por ejemplo, en 1843 se realizaron varias visitas oficiales en aras de confirmar los hechos. El asambleario George Osset lo describió como la “mayor desgracia para el país”, mientras que el mismísimo gobernador detalló los mecanismos de tortura a los que eran sometidos pacientes –como el uso de distintos cepos– y los tratos aberrantes, tal como “alimentarlos como si fueran animales salvajes”, dándoles de comer con palos a la distancia (Smith, 2014, p. 51):

La crueldad dura y desenfrenada era algo común en el tratamiento de muchos de los insanos en esta isla hasta la llegada del Dr. Allen el tratamiento era de lo más inhumano. La condición en la que eran traídos los enfermos al asilo era, usualmente, de lo más repugnante (*Daily Gleaner*, 1894, p. 4).

El año 1861 fue una fecha clave para el asilo y las políticas públicas en torno a salud mental, a partir de la enorme publicidad que tuvieron los reportes realizados por Lewis Bowerbank a partir de 1858, quien visibilizó a través de detalladas descripciones la violencia sistemática y el estado de degradación en el que eran mantenidos los pacientes del *Kingston Asylum*. Estos informes fueron acompañados por la biografía publicada en 1860 por la ex interna Ann Pratt¹⁹, que tuvo enorme repercusión tanto en Jamaica, pero principalmente en Inglaterra. La extraordinaria presión mediática que cobró el caso, llevó a las autoridades imperiales a realizar una investigación de carácter oficial, a través de la conformación de *The Public Hospital and Lunatic Asylum Commission*, que a lo largo de seis meses recopiló información de distintas fuentes sobre la veracidad o no de las denuncias. Doctores, pacientes, ministros religiosos, familiares, vecinos y políticos fueron los encargados de revelar la cruenta trama cotidiana tejida en el asilo.

Así, en noviembre de aquel año, la comisión entregó el resultado de sus pesquisas, dejando poco margen de defensa para quienes habían sido responsables de los hechos allí descritos, como también, un urgente llamado a la reforma de la institución. El documento señaló la aplicación de numerosas violaciones a los derechos de los pacientes, que iban desde el abuso sexual, a torturas por asfixia, explotación laboral, hacinamiento, cuartos insalubres, golpizas, malversación de fondos, falta de personal preparado para sus funciones, alimentación inadecuada, etcétera. En suma, un cuadro que reafirmaba, no el desvío de una política pública, sino, todo lo contrario, que transparentaba la falta de interés del Estado colonial jamaicano por sostener en un ambiente digno a aquellos sujetos considerados indeseables: la población negra acusada de demencia era encarcelada en el *Lunatic*

Asylum, expulsada de cualquier tipo de socialización, por lo que el trato que se les dispensaba solo podía ser despiadado, inhumano. Como destacó Henrice Altink (2012):

La desinversión en salud mental fue un fenómeno no sólo concerniente a Jamaica. También en la metrópolis, los asilos recibían menos presupuesto que los hospitales para el público en general, debido a que los pacientes no eran “normales”, i. e., no contribuían a la economía. Tanto en Jamaica como en las colonias africanas, los gobiernos coloniales no invirtieron en salud mental debido a que los pacientes eran doblemente anormales –insanos y negros– (p. 15)²⁰.

Las consecuencias de la agitación pública entre 1858 y 1861, las denuncias y las investigaciones oficiales fueron de largo alcance y generaron transformaciones en las políticas imperiales en torno a las políticas de salud mental. Entre las medidas adoptadas inmediatamente tras la publicación del informe, estuvieron: la abolición del ahorcamiento, el despido y la denuncia penal del personal acusado de abusos y, el despido del *House Surgeon and Chief Medical Superintendent of the Public Hospital and Lunatic Asylum*, Dr. Scott, por omitir los sucesos que sucedían bajo su mandato. La relocalización del asilo en un nuevo terreno, la introducción de nuevas regulaciones en el marco del *Lunatic Asylum Act* (1862), la prohibición del uso de castigos físicos, aislamiento y el uso de cadenas, la regulación de las visitas de los familiares a pacientes, entre otras (Jemmott, 2013, pp. 10-11).

En Jamaica, entre 1860 y 1862 se construyó un nuevo asilo, más amplio, con nuevas comodidades y más acorde al número y tratamiento de los pacientes, lo que implicó el abandono del edificio con más de medio siglo de antigüedad. Así, el antiguo *Kingston Asylum* finalmente cerró sus puertas. Por su parte, en la metrópoli, impulsados por la *Comission in Lunacy* y el *Colonial Office*, se llevó adelante una investigación sobre la situación de los hospitales y asilos de todas las colonias británicas y cuyos resultados fueron publicados en 1864. Tal y como lo planteó Leonard Smith (2014):

El informe marcó un nuevo enfoque del Colonial Office, por el cual se buscó implementar un nuevo marco regulatorio, inspección y promoción de buenas prácticas desde el centro. El escándalo del asilo de Jamaica modificó las posiciones del gobierno británico hacia una mayor intervención directa hasta el momento considerados responsables de los administradores coloniales (p. 72).

Nuevos cambios se generaron en el asilo tras el escándalo metropolitano y las subsecuentes leyes de aplicación imperial. Sin embargo, los propios límites de la Asamblea Legislativa de pensar la política hacia las mayorías negras más allá de su carácter violento y represivo, originó que la gestión de salud mental y los modos de intervención estatal hacia ella se modificaran una vez la antigua clase blanca terrateniente fue despojada de su poder en 1866, y el Estado colonial comenzara a reconfigurar los mecanismos –y objetivos– de su intervención sobre las mayorías jamaquinas.

Conclusión

A lo largo del presente trabajo hemos desarrollado la búsqueda por develar la especificidad del caso jamaquino en lo concerniente a la gestión de la salud mental en el proceso de transición de la sociedad esclavista hasta las primeras tres décadas post emancipación, determinada tanto por la erección de una sociedad racialmente diferenciada, como por la relación colonial de la isla con Gran Bretaña.

Así, en primer lugar, la emergencia del *Asylum* como ente especializado para la gestión de la enfermedad mental se realizó bajo la lógica del doble poder consagrado por la ley entre el Estado y el *slaveholder* al interior de la plantación, cuyos límites para penalizar y castigar recién fueron limitados, de manera leve, en 1788. De este modo, el asilo de Kingston funcionaba como espacio donde los amos individuales podían hacer uso de él con el fin de recluir a la población esclava acusada de rebeldía, enfermedad o *demencia*, como también, receptáculo de aquellas personas condenadas ya sea por las *Slave Courts* o los Jueces de Paz.

El *Lunatic Asylum* estuvo diseñado más como un espacio de encierro y disciplinamiento que de curación, materializando las necesidades de la minoría blanca propietaria, de disponer de dispositivos coercitivos para contener el *movimiento* de la mano de obra esclava y emancipada, asociando la movilidad con la dispersión del rumor, del descontento y con ello, la rebelión. El carácter carcelario de esta entidad impregnó durante décadas sus propios mecanismos de gestión de los pacientes con lógica represiva, siendo el uso de cepos, cadenas, y un sin fin de castigos físicos, la norma de su tratamiento.

A su vez, el caso aquí analizado permite observar y profundizar sobre las especificidades del funcionamiento de instituciones y dispositivos de gobierno constituidas en espacios coloniales. En este orden, la mera existencia de asilos, hospitales y *workhouses* en las tierras jamaquinas no implicaron ni una actividad ni una legislación calcada de las elaboradas en la metrópolis británica, aun cuando estas hayan sido, en un primer momento, su modelo inicial.

Dicha diferencia se explica debido a las disímiles necesidades de la clase dominante insular en relación con la metropolitana, desarrolladas bajo relaciones sociales divergentes con su contraparte británica. Esto generó que, aun cuando en ocasiones las políticas apuntaron a suprimir determinado comportamiento similar, como la *vagancia* o el *ocio*, los sujetos sociales hacia quienes estaban orientados –las mayorías negras esclavas y manumitidas–, y las prácticas a suprimir –el movimiento y la posibilidad de rebelión–, originaran líneas de desarrollo diferenciales, del modelo originario metropolitano.

En este sentido, es necesario destacar que en el caso británico la formación de una nutrida red institucional pública y privada tuvo siglos de anterioridad, mientras que, para Jamaica, recién se puede

notar una incipiente extensión de los servicios, a partir de la emancipación, pero especialmente, desde 1866 con su conversión en *Crown Colony*.

En relación con esto último, cabe preguntarse: ¿qué lugar ocupan las políticas de salud mental, y el asilo, como su materialización institucional, en el proceso de transición del trabajo esclavo al formalmente libre asalariado? 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 establecer la generalización 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 cárceles, hospitales, *workhouses*, entre otros dispositivos.

En cuanto al período estudiado, el alcance del asilo era fuertemente limitado, ya que predominaban las prácticas de gestión familiar y comunitaria de la *demencia*, tal como en Gran Bretaña hasta principios del siglo XIX, donde la institucionalización comenzó a extenderse tras las sucesivas leyes que se dieron con la aprobación del *County Asylums Act*. También, ya hemos confirmado que el tratamiento de la *locura* no distaba de las lógicas punitivas carcelarias, al asociarse *desvío* con *criminalidad*, siendo el encierro y el uso de cepos y cadenas los medios más comunes de trato al paciente. La cura no era un fin, por lo menos, hasta las primeras décadas del siglo XIX.

Pero el análisis de la institucionalización de parámetros de *normalidad* y *anormalidad* debe valorarse en términos cualitativos, o sea, 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. Si, durante las primeras décadas desde su constitución, el *Asylum* priorizó sus funciones disciplinadoras sobre los internos, tras la emancipación y el surgimiento de la nueva ciudadanía formalmente libre, se sucedieron los primeros comentarios y discusiones en torno a la efectividad de las curas, las causas de las altas tasas de mortalidad, las condiciones edilicias óptimas para su efectividad, y los métodos de tratamiento. Estos debates alcanzaron su punto más alto con la visibilización de la red de abusos al interior de la institución, las pesquisas de la *Comission in Lunacy*, y tras las reformas impuestas en 1862, una nueva era de gestión se originó tras su reorganización y la asunción del Dr. Thomas Allen como *Medical Superintendent* en 1863. A partir de allí, se establecieron nuevos marcos de seguimiento de los pacientes, un modelo de tratamiento bajo las nociones del *moral treatment* y la presentación de resultados ante las autoridades gubernamentales.

Por último, durante las décadas estudiadas, la violencia física, los abusos, la sobrepoblación y la insalubridad fueron sistemáticas en el *Asylum*, hecho que rápidamente llevó a cuestionamientos constantes por parte de distintas personalidades, doctores e incluso funcionarios a lo largo de todo el siglo XIX, lo que obligó a la metrópoli a erigir un nuevo marco normativo para el control de sus manicomios en las

colonias. Dicha normalidad en la gestión de pacientes no puede disociarse de las construcciones con base en la raza, clase y género²¹, y especialmente cuando encarnaba la más absoluta subalternidad: lo *negro*, *anormal* e improductivo.

Referencias

- A sign of progress. (17 de septiembre de 1894). *Daily Gleaner*, p. 4.
- Altink, Henrice. (2001). Slavery by another name: Apprenticed women in Jamaican workhouses in the period 1834–8. *Social History*, 26(1), 40-59.
- Altink, Henrice. (2012). Modernity, race and mental health care in Jamaica, c. 1918-1944. *Journal of the Department of Behavioural Sciences*, 2(1), 1-19.
- Barringer, Tim y Modest, Wayne. (2018). *Victorian Jamaica*. Duke University Press.
- Bigelow, John. (1851). *Jamaica in 1850: or the Effects of Sixteen Years of Freedom on a Slave Colony*. George P. Putnam.
- Bilby, Kenneth y Handler, Jerome (2004). Obeah: Healing and Protection in West Indian Slave Life. *The Journal of Caribbean History*, 38(2), 153-183.
- Bowerbank, Lewis. (1858). *A circular letter to the individual members of the Legislative Council and of the House of Assembly of Jamaica, relative to the Public Hospital and Lunatic Asylum of Kingston*. s.n.
- Bowerbank, Lewis. (1859). *A Circular Letter to the Individual Members of the Legislative Council and of the House of Assembly of Jamaica, Relative to the Public Hospital and Lunatic Asylum of Kingston*. J. Gall & Co.
- Bowerbank, Lewis. (1865). *The letters of Mr. Alexander Fiddes, F.R.C.S., Edin. considered and refuted, his misrepresentations exposed, his calumnies and innuendoes set in the light of truth, his various statements in the press and otherwise weighed in the balance and found wanting/ by Lewis Quier Bowerbank; together with documentary letters and papers, tending to expose a professional conspiracy, and to afford the public in the colonies, and in Great Britain, correct judgment as to the controversy now existing on hospital matters*. George Henderson.
- Craton, Michael y Greenland, Garry. (1978). *Searching for the Invisible Man: Slaves and Plantation Life in Jamaica*. Harvard University Press.
- Cumper, George. (1956). Population Movements in Jamaica, 1830-1950. *Social and Economic Studies*, 5(3), 261-280.
- Danby, John. (1950). *The Jamaica rebellion of 1865: its causes, course and consequences*. [Tesis de Maestría en Artes]. University of Southern California.
- Graham, Aaron. (2019). Towns, government, legislation and the ‘police’ in Jamaica and the British Atlantic, 1770–1805. *Urban History*, 47(1), 1-22.

- Griffith-Hughes, Elisabeth. (2003). *A mighty experiment: the transition from slavery to freedom in Jamaica. 1834-1838*. [Tesis de Doctorado en Filosofía]. University of Georgia.
- Harris, Dawn; Newman, Richard; Rael, Patrick y Sinha, Manisha. (2017). *Punishing the Black Body: Marking Social and Racial Structures in Barbados and Jamaica*. University of Georgia Press.
- Hickling, Frederick y Gibson, Roger. (2012). Decolonization of Psychiatric Public Policy in Jamaica. *West Indian medical journal*, 61(4), 437-441.
- Higman, Barry. (2005). *Plantation Jamaica. Capital and Control in a Colonial Economy*. University of West Indies Press.
- Hogarth, Rana. (2016). Charity and terror in eighteenth-century Jamaica: The Kingston Hospital and Asylum for Deserted 'Negroes'. *African and Black Diaspora: An International Journal*, 3, 281-298.
- Hogarth, Rana. (2017). *Medicalizing Blackness: Making Racial Difference in the Atlantic World, 1780-1840*. The University of North Carolina Press.
- Jemmott, Jenny. (2013). Institutional Care of the Mentally Ill in Nineteenth-Century Jamaica. *International Journal of Education and Research*, 1(6), 12.
- 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*, 14(4), 381-395.
- Moore, Brian y Johnson, Michele. (2004). *Neither Led nor Driven: Contesting British Cultural Imperialism in Jamaica, 1865-1920*. University of the West Indies Press.
- Morgan, Kenneth. (2012). Labour Relations during and after Apprenticeship: Amity Hall, Jamaica, 1834-1840. *Slavery & Abolition*, 33(3), 457-478.
- Patterson, Orlando. (1982). Persistence, Continuity, and Change in the Jamaican Working-Class Family. *Journal of Family History*, 7(2), 135-161.
- Post, Ken. (1978). *Arise ye starvelings*. Martinus Nijhoff.
- Pringle, John. (1838). *Report of Captain J.W. Pringle, on prisons in the West Indies. Jamaica*. James & Luke G. Hansard & Sons, Printers.
- Smith, Leonard. (2014). *Insanity, Race and Colonialism: Managing Mental Disorder in the Post-Emancipation British Caribbean, 1838-1914*. Palgrave Macmillan.
- Sturge, Joseph y Harvey, Thomas. (1838). *The West Indies in 1837: being the journal of a visit to Antigua, Montserrat, Dominica, St. Lucia, Barbadoes, and Jamaica undertaken for the purpose of ascertaining*

the actual condition of the Negro population of these islands.
Hamilton, Adams, and Co.

Swartz, Sally. (2010). The regulation of British colonial lunatic asylums and the origins of colonial psychiatry, 1860-1864. *History of Psychology*, 13(2), 160-77.

The lunatic Asylum. (13 de junio de 1872). *Daily Gleaner*, p. 2.

Thome, James y Kimbal, Joseph Horace. (1838). *Emancipation in the West Indies. A Six Months' Tour in Antigua, Barbados and Jamaica, in the Year 1837*. The American Antislavery Society.

Trench, D. P. (1860). *Official documents on the case of Ann Pratt, the reputed authoress of a certain pamphlet, entitled "Seven months in the Kingston Lunatic Asylum, and what I saw there"*. Jordon & Osbourn.

Weeks, Deborah. (2008). *Movement of the People: The Relationship between Black Consciousness Movements, Race, and Class in the Caribbean*. [Tesis de Master of Liberal Arts Department of Africana Studies]. University of South Florida. <https://digitalcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1559&context=etd>

Notas

- 1 Con la apropiación de Dominica, Granada, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, entre otras, en el siglo XIX, se terminaron de conformar las *West Indies*.
- 2 Aunque se puso en efecto un año más tarde.
- 3 Según la Comisión encargada de llevar adelante la indemnización de los hacendados en las *West Indies*, el valor de los esclavos ascendía a £43 104 889, aunque terminó pagando un total £16 638 937, de los cuales unos 6 millones de libras esterlinas fue abonado a los esclavistas de Jamaica (Bigelow, 1851, p. 72).
- 4 Autoridades judiciales enviadas por Gran Bretaña, encargadas de velar por las quejas y presentaciones tanto de los emancipados como de los propietarios, y para hacer valer la nueva normativa imperial.
- 5 “La ‘restricción sanitaria’ ha sido mantenida, a veces, para incluir el confinamiento en calabozos y grilletes [*bilboes*]” (Sturge y Harvey, 1838, p. 334).
- 6 Para otros casos en las *West Indies* ver Leonard Smith (2014, pp. 35-41).
- 7 Usualmente encarnados en la misma persona.
- 8 Luego de Jamaica, hubo que esperar casi seis décadas hasta la aparición de otro *Mental Asylum*: los de Antigua y British Guiana de 1842, Barbados, Monserrat, British Honduras y St. Kitts en 1846; Granada en 1851 y Santa Lucía en 1855, entre otros.
- 9 Datos elaborados a partir de Ken Post (1978, p. 30) y Kenneth Morgan (2012, p. 472). La caída de la producción afectó a la gran propiedad

- de la tierra en general, aún aquellos que se basaban en otros productos exportables, tales como el café, jengibre o el pimienta.
- 10 Datos realizados a partir de Michael Craton y Garry Greenland (1978, p. 25) y Barry Higman (2005, p. 294).
 - 11 Datos elaborados a partir de Orlando Patterson (1982, p. 144); y Michael Craton y Garry Greenland (1978, p. 25).
 - 12 Y, por supuesto, de género. El voto femenino recién fue incorporado en la isla en las elecciones legislativas de 1944.
 - 13 En este sentido, las prácticas religiosas, conocidas como obeah, también fueron condenadas y rebajadas a una forma de holgazanería y superstición, por lo cual, punibles bajo las *Vagrancy Acts* desde 1838 hasta 1892: “toda persona que practique la obeah, será considerado un vago y un pillo” (Bilby y Handler, 2004, p. 169).
 - 14 Entre 1838-1842, ingresaron 592 personas, cifra que se elevó a 978, entre 1848 a 1853 (Bowerbank, 1858, pp. 26-34).
 - 15 Con la sanción del *County Asylums Act*, que dio paso a la erección de un sistema público de asilos gratuitos en Gran Bretaña, a la vez que lo posicionó como el espacio especializado para la reclusión y tratamiento del *demente*. Así, se impuso que los condados construyeran asilos, y que su mantenimiento se diera a través de los aportes periódicos de las parroquias, y ya no de erogaciones extraordinarias ni de la beneficencia o aportes privados; a su vez, los costos del paciente eran abonados por la parroquia de la que este provenía.
 - 16 Dicha ley declaró la formación de la *Lunacy Commission*, encargada de monitorear todas las instituciones encargadas del cuidado de la salud mental, el registro de dichos establecimientos y su control periódico por las nuevas autoridades; a su vez, impuso compulsivamente que cada condado tuviera su asilo, la introducción de Reglas Generales a cumplir en todo el territorio británico y una contabilidad unificada de los pacientes.
 - 17 Oficiaba como el director médico de la institución y encargado de la gestión del *Asylum*.
 - 18 En Trench (1860).
 - 19 Disponible en: National Archives, CO 137/350/52 y en Trench (1860).
 - 20 Esto queda de manifiesto en las nociones racistas que pervivieron durante décadas en torno a la población negra. Un ejemplo se puede observar en un artículo del periódico *Daily Gleaner* (1872), sobre la situación del asilo desde la década de 1860 hasta su fecha de publicación, en 1872: “Sus facultades emocionales o afectivas están más trastocadas que sus intelectos. En todos los pacientes se pueden encontrar una irascibilidad excesiva. Son salvajes y vengativos. La más mínima oposición arroja a los pacientes a una ingobernable ira, donde él o ella gritará y rugirá, cometerá actos peligrosos e interferirá con la seguridad y confort de los otros pacientes” (p. 2).
 - 21 Para el caso de las mujeres, Henrice Altink (2001) realizó una investigación sobre los castigos a las mujeres enviadas a los

workhouses durante el período de 1833-1838. Aún, nada se ha hecho para las pacientes del *Asylum*.

Notas de autor

- * Argentino. Licenciado en Historia, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. Investigador en el Instituto de las Culturas de la Universidad de Buenos Aires-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: mogni.ariel@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4388-9375>