¿Una diáspora disfuncional? Causas de las enfermedades mentales entre los escoceses que emigraron a Canadá de 1867 a 1914

M. Harper

Facultad de Teología, Historia y Filosofía. King's College. University of Aberdeen, Reino Unido. Presentado en la Reunión Anual de la Scottish Society of the History of Medicine, Inverness, 15 de junio de 2013

RESUMEN

En los últimos años, se han venido produciendo considerables avances en el estudio de la emigración. Mientras que la literatura de los países emisores suele describir a los emigrantes como aventureros o exiliados, la historiografía de los países receptores se centra en el triunfo de la adaptación, la integración o la asimilación. Sin embargo, los problemas eran lo habitual en estos procesos. A pesar de que los emigrantes que acabaron ingresados en hospitales psiquiátricos presentaban una disfunción social extrema, sus experiencias son un campo obviado en gran medida en los estudios de la diáspora.

El presente análisis de la relación entre la emigración y las enfermedades mentales en los escoceses que emigraron a Canadá entre 1872 y 1913 se basa en los registros de ingreso y expedientes del British Columbia (BC) Provincial Asylum for the Insane, así como en documentos de los departamentos gubernamentales de inmigración, cuyas estrategias para la vigilancia de fronteras y en la resolución urgente de conflictos eran reflejo y daban forma a las políticas y prácticas de los médicos y directores de los manicomios.

El estudio se centra en el análisis de los factores que desencadenaban la enfermedad mental, que incluyen la transición, un entorno extraño, las expectativas frustradas, la sensación de nostalgia y la falta de redes de apoyo. El estudio también menciona brevemente las soluciones que se adoptaron en la práctica, que incluían la repatriación voluntaria y la deportación forzosa.

PALABRAS CLAVE

Escocia, Canadá, emigración, enfermedad mental

Introducción

En ese entramado que es la historia de Escocia, se encuentra firmemente entretejida la movilidad humana; alrededor de dos millones de escoceses emigraron en el siglo XIX y otros dos millones más en el siglo XX. Normalmente, los estudios de este fenómeno describen la emigración transnacional como una aventura o exilio, mientras que la historiografía de los países de acogida pone su atención en el triunfo de la adaptación, integración o asimilación, pero es evidente que la realidad es mucho más compleja y presenta más matices. Algunos hilos de este entramado fueron inevitablemente oscuros, destacando sobre todo los que seguían la trama de las vicisitudes atravesadas por los emigrantes que acabaron ingresados en hospitales psiquiátricos por enfermedad mental. Recientemente se han llevado a cabo estudios sobre este aspecto de la emigración, concretamente por expertos

en las antípodas; sin embargo, aún queda mucho por saber sobre la relación entre emigración, enfermedad mental, arresto y deportación en el ámbito transatlántico. No obstante, fue Norteamérica el destino escogido por la gran mayoría de emigrantes británicos, incluidos los escoceses, en el siglo XIX y principios del XX y fue Canadá el dominio británico que más deportaciones dictaminó con diferencia, alegando la enfermedad mental, incapacidad física o malformación de los inmigrantes como causa.

Métodos

Las causas de enfermedad mental identificadas en los emigrantes escoceses (y de otras nacionalidades que viajaron a Canadá) se pueden deducir del estudio de los registros de ingreso y de las observaciones terapéuticas procedentes de los manicomios provinciales. Este

Autor para correspondencia: M. Harper Correo electrónico: m.harper@abdn.ac.uk Recibido: 23 septiembre 2013 / Aceptado: 15 diciembre 2013 © 2014 Sociedad Española de Neurología estudio se basa principalmente en el análisis de la historia clínica de los pacientes ingresados en servicios de salud mental de Columbia Británica entre 1872 y 1913, pues según la legislación actual en materia de protección de datos, no es posible acceder a archivos posteriores a dicha fecha. Durante casi todo el periodo estudiado (desde 1878), los pacientes fueron ingresados en el Provincial Asylum for the Insane en New Westminster, que en 1897 pasó a llamarse Provincial Hospital for the Insane.

A efectos comparativos, se ha incluido evidencia procedente de documentos análogos obtenidos de otras provincias canadienses, Nueva Zelanda e instituciones escocesas. Se han consultado los informes, las comisiones de investigación del gobierno provincial, la legislación federal y revistas médicas con el fin de profundizar sobre las respuestas oficiales que se dieron en su momento, incluidas la repatriación voluntaria y la deportación, así como el internamiento. Sin embargo, los registros de personas deportadas, que hubieran permitido el seguimiento de los individuos desde su primera detención hasta su expulsión final, sólo están disponibles a partir de 1940, ya que los documentos anteriores se perdieron como consecuencia de la antigua política de destrucción de archivos federales.

A pesar de los problemas de conservación y acceso, estas fuentes ofrecen una importante serie de temas relacionados, entre los que se incluyen los debates de la época sobre el manejo, el internamiento y el tratamiento, así como las prácticas de vigilancia fronteriza y deportación. No obstante, el objetivo principal de este estudio era utilizar los registros para analizar las percepciones de la época sobre los desencadenantes de enfermedad mental en los emigrantes y, en menor medida, las consecuencias de dicho diagnóstico.

Resultados

En 1871, Columbia Británica se anexionó al Dominio de Canadá y sólo un año después, abrió en Victoria el primer manicomio de la región. La población de la provincia más occidental de Canadá estaba dominada principalmente por inmigrantes, un perfil demográfico que inevitablemente se reflejaba en la gran cantidad de pacientes nacidos en el extranjero e ingresados en el Provincial Hospital.

En ocasiones, lo habitual era atribuir la enfermedad de los pacientes a los retos de la transición hacia el Nuevo Mundo. Éste sería el caso de la señora C., una mujer de

Edimburgo ingresada en el BC Provincial Asylum en 1890 (dada de alta a los cuatro años y que pasó después al cuidado de su marido), que cayó enferma según su historia clínica debido a una "indisposición y al largo viaje entre Escocia y Columbia Británica". Había tomado opio e intentado suicidarse. Si el viaje transatlántico a Canadá se consideraba un factor de riesgo, cabría esperar que el viaje a las antípodas, obviamente más largo, generara un número de casos aún mayor. Aunque este argumento ha perdido consistencia por el hecho evidente de que las condiciones del viaje a las antípodas, organizado por el gobierno, eran mejores que las del menos controlado trayecto transatlántico, estudios recientes sobre el manicomio de Nueva Zelanda han identificado como determinante el vivir el viaje como una mala experiencia en el 8% de una muestra de pacientes nacidos en el extranjero e ingresados en el manicomio público de Dunedin al año de llegar al país. Algunos de los informes oficiales que se han publicado sobre Nueva Zelanda también mencionan la presencia de síntomas de enfermedad mental entre los emigrantes tras varias semanas en alta mar².

Cabe la posibilidad de que un inmigrante recién llegado pudiera sentirse intranquilo por la inesperada dificultad del entorno y la separación de todo aquello que le era familiar. El discurso de los administradores de fincas evocaba una Columbia Británica comparable a un paraíso para los refinados colonos británicos, pero muchos inmigrantes tuvieron que enfrentarse a la dura realidad de una austera sociedad aislada. Es más, el monótono paisaje de praderas un poco más al este se vislumbra también especialmente alienante en el pasado, mientras que al otro lado del mundo, la soledad y el aislamiento de las llanuras de Canterbury en Nueza Zelanda parecen igualmente haber desencadenado la enfermedad de al menos un pastor de origen escocés. Dicho sujeto ingresó en el Sunnyside Asylum en Christchurch, en 1851, debido a una enfermedad atribuida a "la solitaria vida en el rancho"3.

Los catalizadores no funcionaban de forma aislada. Además de la alienación provocada por el entorno se sumaban las expectativas frustradas, que podían venir de la mano de la improductividad agrícola o del desempleo urbano. La desilusión se hallaba especialmente presente entre los mineros del oro, quienes emigraron en masa a Columbia Británica en el siglo XIX (a Cariboo en 1860 y a Klondike algo más de tres décadas más tarde). Algunos de los buscadores de oro que fueron ingresados en el BC Asylum eran escoceses, como es el ejemplo de D., un soltero de la isla de

Lewis que vivía en Cariboo y que acabó ingresado en 1892 por alucinaciones. Según el certificado médico, "dice que le han envenenado y robado y que le molestan mientras trabajaba o... escucha voces en su cabaña"4. Otro minero escocés afirmaba haber conseguido 40.000 dólares gracias a las minas de oro en Cariboo, tener acciones en cada mina del distrito y haber conseguido establecer en dos años un rancho con más de 600 cabezas de ganado partiendo de una sola vaca⁵. Por otro lado y ya en Escocia, los registros del Inverness District Asylum incluyen los datos de M., un hombre de 33 años de edad ingresado en 1866 por un cuadro de 'melancolía' de dos años de duración. Se trataba de un antiguo minero del oro de Ballarat, Australia. Sus observaciones terapéuticas mencionaban alucinaciones "entre las que se encontraba la de poseer toda una mina de oro en Australia". También refería que su hermano era paciente del manicomio de Musselburgh, cerca de Edimburgo. Dos años más tarde, M. pasó a estar bajo el cuidado de amigos tras ser dado de alta, no porque se hubiera producido ningún cambio en su estado, sino por "falta de camas aquí"6.

Un entorno extraño o la presencia de expectativas frustradas podrían haber desencadenado o aumentado la sensación de nostalgia, lo cual, en casos extremos, podría conducir a una crisis nerviosa. Aunque no se identifica como causa de la enfermedad en ninguno de los registros del BC Provincial Hospital, en ocasiones sí se puede llegar a esta conclusión a partir de la correspondencia mantenida con familiares que se conserva en los expedientes de los pacientes. Existe el ejemplo de C., un hombre de Leith que murió en 1902, dieciséis años después de su ingreso. Poco antes de su muerte, su hermana escribió al director médico una carta donde no consta fecha con una conmovedora declaración y una petición: "Su constante deseo de volver a casa, 'cuando no hay casa', resulta muy doloroso. Si pudiéramos pagar su billete, ; sería posible que le trasladaran a alguno de los centros que hay aquí, donde al menos podríamos verle? Iría a verle si pudiera"7.

El carácter y el estilo de vida, al igual que la sensación de nostalgia, no se consideran catalizadores en el registro oficial, pero su importancia se deduce implícitamente de los de historiales de casos en Columbia Británica, gracias a las descripciones de personas que resultaban ser claramente emigrantes natos o crónicos. El insólito y largo recorrido que realizaron muchos emigrantes antes de ser ingresados se ve claramente reflejado en el caso de H., un hombre de Glasgow de 25 años de edad, que fue trasladado en 1910 al Provincial Hospital desde la prisión local de Victoria tras

haber sido arrestado por vaganbundeo y ebriedad. Atravesó el Atlántico cuando tenía diecinueve años:

Llegó a Filadelfia donde permaneció unos cuatro meses para volver después a Escocia. Tras pasar únicamente un mes allí, regresó a Filadelfia. Fue a México unas cuantas semanas, pasó después cuatro meses en Mobile, posteriormente en Nueva Orleans y de allí fue a Los Ángeles...Permaneció en California unos seis meses. Después se embarcó rumbo a África en una travesía que duró un año. A continuación, volvió a 'Frisco' y de allí siguió avanzando hacia la costa, hasta Seattle, para luego dirigirse a Alaska en 1907. Estuvo quince meses en Dawson, después partió a Victoria e ingresó en el Jubilee Hospital, donde permaneció tres meses debido a una úlcera de estómago⁸.

La soledad y la ausencia o ruptura de lazos familiares y de redes de apoyo comunitario son con frecuencia concomitantes con un constante movimiento migratorio. Como ya se ha señalado anteriormente, la soledad estaba asociada a un entorno de vida y de trabajo desconocido. Dicho aislamiento físico, junto con la ausencia de los mecanismos de apoyo característica de las sociedades aisladas, no sólo podía provocar una crisis nerviosa, sino también empeorar sus consecuencias. Puede que también exista un factor vinculado con el sexo, ya que las mujeres casadas que sufrían abandono, desestructuración familiar, violencia de género, depresión post parto o que quedaban viudas eran especialmente vulnerables a la ausencia o carencia parcial de las redes de apoyo. Muchas permanecían solas en casa largos periodos porque sus maridos ejercían múltiples oficios (tala de árboles, minería, enlatado, etc.). Los hombres solían ingresar en el manicomio como consecuencia de un comportamiento violento o peligroso, o porque habían sufrido una crisis en el trabajo. Por otro lado, las mujeres solían ingresar por motivos de depresión, por amenazar con hacerse daño a sí mismas y a los demás o porque eran incapaces de realizar las labores domésticas9. Sin embargo, algunos de los registros del BC Asylum muestran datos preocupantes que insinúan la existencia de violencia doméstica, como en el caso de J., una mujer de Nairn ingresada en 1910. Según su registro de ingreso, la causa fue "el abuso por parte de su marido en estado de embriaguez y estar atravesando una época difícil", todo ello empeorado por la llegada de un nuevo hijo. Sin embargo, fue dada de alta al cabo de un mes para pasar al cuidado de su supuesto maltratador¹⁰.

Catalizadores tales como una transición perturbadora, un entorno decepcionante o amenazante, la sensación de

nostalgia o la ausencia de mecanismos de apoyo, no aparecían de forma explícita en los registros médicos, sino que se hallaban implícitos. Con todo, los registros de ingreso describen claramente los factores a los que los médicos del manicomio atribuyen las enfermedades de sus pacientes. La herencia era con frecuencia mencionada por los médicos de Columbia Británica, Canadá, el resto de dominios británicos y Estados Unidos, hecho que no sólo reflejaba las teorías médicas de la época y de la retórica política, sino también la creencia de que Gran Bretaña exportaba a sus ciudadanos enfermos. Cuando los pacientes ingresaban en el BC Asylum, se registraba la historia familiar con el mayor nivel de detalle posible, complementada con documentación de ingresos anteriores en asilos tanto del mismo paciente como de sus familiares.

Dicha práctica era igualmente habitual en el otro lado del mundo, tal y como se aprecia en el caso de Annie, una mujer de Caithness, que fue ingresada en 1901 en el Seacliff Asylum de Dunedin. Tenía 53 años y había estado dos en Tasmania y posteriormente, diez en Nueva Zelanda. Según sus observaciones terapéuticas, su hermana estaba ingresada en el Sunnyside Asylum de Montrose en Escocia, mientras que su hermano, que padecía imbecilidad vivía en un hospicio¹¹. Por otro lado, de nuevo en Escocia, entre los muchos pacientes psiquiátricos cuya enfermedad era hereditaria nos encontramos con el caso de C., natural de Forres. En 1903 fue ingresado en el Inverness District Asylum por un cuadro de manía aguda y melancolía. Posteriormente, fue trasladado al Aberdeen Royal Asylum y luego a Elgin, donde murió en 1907 en el manicomio de la ciudad. Curiosamente, en su registro médico se mencionaba que primero había emigrado a Colorado, donde había trabajado como vaquero¹².

Los "malos hábitos" (especialmente las enfermedades venéreas y el abuso de alcohol) estaban también muy presentes en las preguntas que se realizaban a los pacientes y en las declaraciones de los médicos a finales del siglo XIX. Las ambigüedades que rodean a la identificación del abuso del alcohol como causa, síntoma o consecuencia de la enfermedad o de cualquier otro problema, se pueden ver reflejadas con claridad en el caso de James, un hombre de Shetland que fue ingresado en el BC Provincial Hospital en 1899. En el registro de ingreso se menciona que es un hombre sin obligaciones cuya enfermedad había sido provocada por el abuso de alcohol. Sin embargo, una carta dirigida a su madre y conservada en los archivos de Shetland contradice dicha información. Fechada en 1981, un año después de su

llegada a Vancouver, dicha carta era muy crítica con los falsos rumores que, según James, le obligaron a vivir en una ciudad donde se vio obligado a realizar numerosos trabajos de baja categoría que apenas le daban para comer, a pesar de tener cierta formación en medicina. No hay pruebas que confirmen si su difícil situación fue consecuencia de la intoxicación alcohólica, o de si recurrió a la bebida al ver sus expectativas frustradas. Sin embargo, el caso de James es prueba de que el diagnóstico médico implicaba claramente juicios de valor¹³.

Las valoraciones morales también podían considerar la raza y el origen étnico. Estudios recientes sobre los registros de los manicomios de Nueva Zelanda han demostrado que en los informes médicos y oficiales aparece una fuerte corriente de estereotipificación étnica, a menudo conectada con los rasgos lingüísticos o la fisonomía. Entre los inmigrantes británicos, los escoceses de habla gaélica solían tener más posibilidades de ser seleccionados por su origen étnico. Un paciente del Seacliff Asylum en Dunedin, nacido en Campbeltown, era descrito en su informe como un "hablador incansable. A veces habla en gaélico y otras veces en un inglés sin sentido", aunque en otros informes se afirmaba que sólo maldecía en gaélico11. Por otro lado, los marcadores lingüísticos sólo se usaron una vez para describir las costumbres de un único paciente escocés del BC Provincial Hospital. Uno de los dos certificados médicos con los que llegó K. a Nelson desde Vancouver en 1907, afirmaba que hablaba y gritaba en gaélico todo el tiempo. "No contesta a ninguna pregunta, ni tampoco habla en inglés, tan sólo chilla en gaélico." En el segundo certificado, el otro médico corroboraba las afirmaciones de su compañero; afirmaba que el paciente gritaba en una lengua ininteligible¹⁴.

Discusión

Resulta sorprendente la ausencia de juicios relacionados con la etnia en las valoraciones de los pacientes británicos que contienen los registros del BC Provincial Hospital. En la década dominada por la eugenesia anterior a la Primera Guerra Mundial, los canadienses estaban preocupados porque los inmigrantes británicos con deficiencias mentales, especialmente los ingleses, pudieran contaminar su sociedad y perjudicaran a la economía del país, ya que la ley de deportación en vigor del momento no les era de aplicación. Más al este, en Ontario, un artículo publicado en el *University Monthly* en 1908 utilizó las estadísticas del Toronto Asylum para sugerir que los inmigrantes representaban una parte desproporcionada

de los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos de aquella provincia. En Ontario, los extranjeros representaban el 20% de la población, y entre el 40% y el 50% de los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos. Dicho artículo aportaba argumentos que los políticos canadienses y los periodistas de la época esgrimían con frecuencia y establecía una relación entre la supuesta preponderancia de los llamados "English defectives" (ingleses anormales) en los registros de ingreso de los hospitales psiquiátricos de Toronto y "the wholesale cleaning out of the slums of English cities" (la limpieza masiva de los bajos fondos de las ciudades inglesas)¹⁵.

En cuanto a los registros de ingreso y los informes del BC Hospital, cabe destacar que eran pocos los diagnósticos que atribuían la enfermedad mental a alucinaciones religiosas. En una muestra de 1.210 registros, sólo quince casos presentaron un diagnóstico relacionado con "la reli-

gión", "la pasión religiosa" o "el estudio religioso". Dichos pacientes profesaban muy diversas denominaciones religiosas. Este perfil contrasta fuertemente con la situación de Ontario de hacía más de treinta años, cuando se solía identificar "la pasión religiosa" como desencadenante de las enfermedades mentales y el metodismo era una de las denominaciones a las que más se hacía referencia. Esta disparidad se puede explicar en parte por las diferencias en tiempo y espacio. Por ejemplo, en el febril entorno político del Alto Canadá entre 1830 y 1849, el metodismo, al menos el americano, era visto como una influencia subversiva, que supuestamente intensificó la amenaza de invasión desde el sur. Estos problemas no eran relevantes en el Pacífico Noroeste a finales de siglo y dicho contraste sirve de nuevo para evidenciar, como sucedía con el caso de James de Shetland, que los diagnósticos médicos estaban condicionados por el contexto político, social y cultural de los médicos y administradores.



Figura 1. Planta modelo del Inverness District Asylum, 1903 (Highland Archive Service, Inverness, GB0232/HHB/3/12/12, autorizado por NHS Highland).

Los juicios de valor no sólo influían en la elaboración del diagnóstico, sino que también determinaban las actitudes y actos de las familias, los administradores, los políticos, así como las de los propios pacientes. Estos colectivos diferentes no siempre estaban de acuerdo y existían tensiones especiales entre las autoridades federales y las provinciales en materia de arresto y deportación.

La reacción más evidente a la presencia de enfermedades mentales en Canadá fue la creación de centros de reclusión. Al principio, dichos centros eran cárceles u hospicios a los que siguieron manicomios por encargo, lo que significó el nacimiento de la psiquiatría institucional. Las institucionalizaciones las dictaminaban todo tipo de individuos, incluyendo jueces de paz, directores de prisiones y familiares de pacientes. Algunos familiares consideraban el manicomio como un lugar donde dejar a sus parientes no deseados; otros una especie de "casa de empeños" médica donde depositaban a sus cónyuges, padres o hermanos, y sólo a veces los recogían dependiendo de las circunstancias de carácter económico o de otro tipo. Sin embargo, en otros casos, suponían el último recurso cuando las familias ya no podían sobrellevar la situación en casa.

Los manicomios eran responsabilidad de las provincias, cuva prioridad consistía generalmente en hacer cuadrar las cuentas y reducir el hacinamiento crónico; con este mismo fin, animaban a las familias a responsabilizarse de sus familiares. En algunos casos, esta estrategia pudo haber perjudicado al paciente, como en el caso de J., una mujer de Nairn que pasó al cuidado de su marido, cuyo maltrato pudo haber contribuido a su enfermedad. Si los emigrantes con enfermedades mentales tenían familiares en sus países de origen, los manicomios se posicionaban a favor de la repatriación. Ejemplo de lo anterior es la carta que el superintendente médico del BC Provincial Hospital escribió a la hermana de un paciente (inglés) en 1903 diciéndole que su hermano debía ser trasladado a casa ya que el número de pacientes con enfermedad mental ingresados estaba aumentando, las salas se encontraban atestadas y el gobierno provincial "no está dispuesto a cuidar para siempre de las vidas de unos jóvenes que no le pertenecen".

Sin embargo, existía una creciente dimensión federal que se superponía al escenario provincial. Si el cuidado de pacientes con una enfermedad mental era responsabilidad de las provincias, el desarrollo de políticas recaía en el gobierno federal. A finales del siglo XIX, las políticas estaban muy influenciadas por la eugenesia. Aunque uno

de los puntos que incluían era la vigilancia fronteriza en los puertos de salida y entrada a través de la selección y la cuarentena, el interés se centró en la deportación como posterior vía urgente de resolución de conflictos.

La determinación de Canadá de echar del país a todos aquellos individuos que eran o podían ser una carga pública, implicó un mayor número de deportaciones de inmigrantes que en cualquier otro país de la *Commonwealth* británica. Casi dos décadas antes de que el Acta de la Norteamérica británica creara el Dominio de Canadá, la

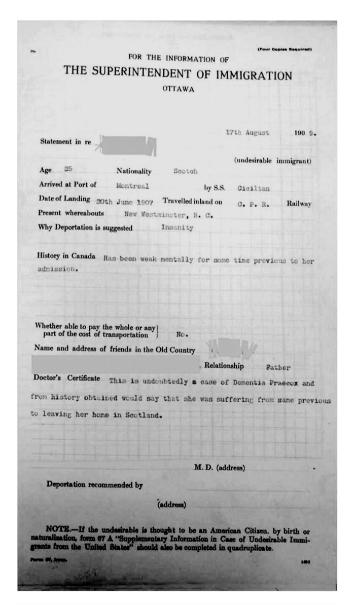


Figura 2. Orden de deportación de Canadá de un inmigrante con enfermedad mental, 1909. Library and Archives Canada.

deportación no oficial fue la respuesta al primer caso de enfermedad mental registrado en el noroeste del Pacífico. En 1850, un año después de que se creara la colonia de la Corona de la isla de Vancouver, un inmigrante escocés con enfermedad mental supuestamente asaltó al médico de la prisión, John Helmcken, y fue obligado a zarpar en el siguiente barco rumbo a Escocia¹⁶. Tras la Confederación Canadiense en 1867, la presencia de enfermedad mental se convirtió en el principal motivo de deportación, y siguió siendo así hasta bien avanzado el siglo XX.

Como resultado de esta legislación, los escoceses eran regularmente incluidos en la lista de pacientes que el BC

Tabla 1. Lugar de nacimiento de los pacientes ingresados en el British Columbia Provincial Hospital entre 1872 y 1901 (por ingreso).

Austria 6 México 2 Nuevo Brunswick 2 Nueva Zelanda 1 Nueva Zelanda 2 Terranova 3 Noruega 1 Selgica 3 Desconocido/ sin especificar 1 Nueva Escocia 2 Nueva Escocia 3 Isla del Príncipe Eduardo 10 Islas Filipinas 2 Nueva Escocia 3 Nueva Escoc				
Bahamas 1 Nuevo Brunswick 2.7 Baviera 1 Nueva Zelanda Terranova Noruega 1.5 Bélgica 3 Desconocido/ Sin especificar 1.5 China 102 Dinamarca 3 Inglaterra 244 Finlandia 11 Prusia Francia 5 Quebec 4.7 Alemania 26 Grecia 1 Rusia 26 Grecia 1 Rusia 26 Grecia 1 Rusia 26 Holanda 1 Suecia 29 Islandia 77 Islandia 3 Irlanda 77 Italia 1 Indias Occidentales 1.0 Nuevo Brunswick 2.7 Nueva Zelanda 1.7 Noruega 1.5 Nueva Escocia 2.7 Nueva E	Australia	4	Manitoba	5
Baviera 1 Columbia Británica 55 Bélgica 3 Bohemia 2 Canadá (sin especificar) 5 China 102 Dinamarca 3 Inglaterra 244 Finlandia 11 Francia 5 Alemania 26 Grecia 1 Holanda 1 Hungría 1 Islandia 77 Italia 11 Riveva Zelanda 1 Terranova 5 Noruega 15 Nueva Escocio 27 Ontario 157 Nueva Escocia 27 Nueva Escocia 27 Ontario 157 Nueva Escocia 27	Austria	6	México	2
Columbia Británica 55 Bélgica 3 Bohemia 2 Canadá (sin especificar) 5 China 102 Dinamarca 3 Inglaterra 244 Finlandia 11 Francia 5 Alemania 26 Grecia 1 Holanda 1 Hungría 1 Islandia 77 India 3 Irlanda 77 Italia 17 Terranova 1 Teranova 1 Ter	Bahamas	1	Nuevo Brunswick	27
Noruega 15	Baviera	1	Nueva Zelanda	1
Bélgica 3 Bohemia 2 Canadá (sin especificar) 5 China 102 Dinamarca 3 Inglaterra 244 Finlandia 11 Francia 5 Alemania 26 Grecia 1 Holanda 1 Hungría 1 Islandia 77 India 3 Irlanda 77 Italia 15 Roruega Desconocido/ sin especificar 110 Nueva Escocia 22 Ontario 155 Isla del Príncipe Eduardo 10 Islas Filipinas 7 Isla del Príncipe Eduardo 10 Rumanía 2 Rumanía 2 Suecia 2 Suecia 2 Suiza 2 Islandia 77 India 3 Irlanda 77 Italia 11	Columbia Británica	55	Terranova	5
Bohemia 2 canadá (sin especificar) 5 china 102 Dinamarca 3 Inglaterra 244 Finlandia 11 Prusia 5 Quebec 47 Alemania 6 Grecia 1 Islandia 1 Hungría 1 Islandia 77 India 3 Irlanda 11 Islandia 77 Italia 11 Islandia 11 Islandia 77 Italia 11 Islandia 11 Islandia 77 Italia 11 Islandia 11 Is				15
Canadá (sin especificar) 5 China 102 Dinamarca 3 Inglaterra 244 Finlandia 11 Francia 5 Alemania 26 Grecia 1 Holanda 1 Hungría 1 Islandia 77 India 3 Irlanda 77 Italia 102 Sin especificar 11 Nueva Escocia 2 Ontario 15 Nueva Escocia 2 Contario 16 Contario 17 Contario 17 Contario 17 Contar			Desconocido/	
Nueva Escocia 22				116
Dinamarca 3 Isla del Príncipe Eduardo 10		-	Nueva Escocia	27
Inglaterra 244 Finlandia 11 Prusia 1 Francia 5 Quebec 47 Alemania 26 Rumanía Grecia 1 Rusia 2 Holanda 1 Escocia 80 Hungría 1 Islandia 77 India 3 Irlanda 77 Italia 11			0	152
Finlandia 11 Prusia 3 Francia 5 Quebec 42 Alemania 26 Rumanía 3 Grecia 1 Rusia 3 Holanda 1 Escocia 80 Hungría 1 Suecia 22 Suiza 5 Suiza 3 Irlanda 3 Gales 3 Irlanda 77 Indias Occidentales 3				10
Francia 5 Quebec 4 Alemania 26 Rumanía 1 Grecia 1 Rusia 2 Holanda 1 Escocia 8 Hungría 1 Suecia 2 Islandia 77 EE UU 99 India 3 Gales Indias Occidentales Italia 11		244	Islas Filipinas	1
Alemania 26 Rumanía Grecia 1 Rusia Holanda 1 Escocia 80 Hungría 1 Suecia 22 Islandia 77 EE UU 99 India 3 Gales Indias Occidentales Italia 11	Finlandia	11	Prusia	3
Grecia 1 Rusia 2 Holanda 1 Escocia 8 Hungría 1 Suecia 2 Islandia 77 EE UU 9 India 3 Gales 5 Irlanda 77 Indias Occidentales 2	Francia	5	Quebec	47
Holanda	Alemania	26	Rumanía	1
Hungría	Grecia	1	Rusia	2
Hungría 1 Suecia 29 Islandia 77 India 3 Irlanda 77 Italia 11	Holanda	1	Escocia	80
Islandia 77 Suiza EE UU 99 Gales Indias Occidentales 11		_	Suecia	29
India 3 Gales Indias Occidentales 11		_		2
Irlanda 77 Italia 11 Gales Indias Occidentales				99
Italia 11 Indias Occidentales				5
	** ***		Indias Occidentales	2
Japon			TOTAL	
^ ±	Japón	7	TOTAL	1277

 ${\bf Tabla~2.}$ Principales países de nacimiento de los pacientes ingresados entre 1872 y 1901.

Islas Británicas	100	China 1	02
Canadá		Estados Unidos de América	99

Tabla 3. Los diez principales oficios de los pacientes entre 1872 y 1901.

Obrero	221	Pescador	24
Ama de casa	168	Marinero	20
Granjero	96	Cocinero	19
Minero	89	Leñador	18
Carpintero	36	Herrero	15

Provincial Hospital seleccionaba para ser deportados. Sin embargo, su destino no venía determinado por su condición de escoceses, ya que aunque los ejemplos de este estudio son pacientes escoceses, no existe ningún indicio en los registros examinados de que los escoceses fueran una excepción o diferentes en ningún sentido de los demás grupos étnicos que conformaban una parte significativa de la provincia más occidental de Canadá.

Bibliografía

- Provincial Archives of British Columbia. GR-2880. British Columbia Mental Health Services. Patient case files. Box 2. 371.
- 2. McCarthy AH. Migration and Madness in New Zealand's Asylums, 1863-1910. En: McCarthy AH, Coleborne C, editores. Migration, Ethnicity and Mental Health: International Perspectives, 1840-2010. Nueva York: Routledge; 2012. p. 65.
- Archives New Zealand. Sunnyside Lunatic Asylum, Christchurch. CAUY-3212 CH388/2. Admission Register Book. 1872-81.7.
- Provincial Archives of British Columbia. GR-2880. British Columbia Mental Health Services. Patient case files. Box 3. 477.
- Provincial Archives of British Columbia. GR-2880. British Columbia Mental Health Services. Patient case files. Box 3. 525.
- 6. Highland Health Board. 3/5/2. Inverness District Asylum. Warrants. 15 May 1866–15 May 1869. 281.
- Provincial Archives of British Columbia. GR-2880. British Columbia Mental Health Services. Patient case files. Box 11. 1326
- Provincial Archives of British Columbia. GR-2880. British Columbia Mental Health Services. Patient case files. Box 24. 2593.
- 9. Kelm ME. 'The only place likely to do her any good': the admission of women to British Columbia's Provincial Hospital for the Insane. BC Studies. 1992;96:66-89.
- Provincial Archives of British Columbia. GR-2880. British Columbia Mental Health Services. Patient case files. Box 24. 2592.
- McCarthy AH. A difficult voyage. History Scotland. 2010 Jul-Aug;10(4):29-31.
- 12. Highland Health Board. 3/3/2. Inverness District Asylum. Register of Lunatics. 1889-1904. 4533. Northern Health Services Archives. Aberdeen Royal Asylum. GRHB case book. 2/4/30. p. 176.
- 13. Shetland Archives. SC 12/6/1915. James to mother, 9 June 1891
- Provincial Archives of British Columbia. GR-2880. British Columbia Mental Health Services. Patient case files. Box 20. 2003.
- 15. Clarke KC. The defective and insane immigrant. University Monthly. 1907-8;8:273-8.
- BC Mental Health and Addiction Services. BC Mental Health Timeline [Internet]. Vancouver: BC Mental Health and Addiction Services [citado 23 sept 2013]. Disponible en: http://www.bcmhsus.ca/history.