

Los psiquiatras británicos y su formación

G.E. BERRIOS*

Aparte de multitud de variables históricas, la formación de psiquiatras en cada país refleja aspectos del carácter nacional, así como imágenes profundamente arraigadas de su rol social y del significado de la enfermedad mental. Por lo tanto, para comprender el actual sistema de formación psiquiátrica en el Reino Unido, es importante referirse tanto a los orígenes del alienista británico como a las creencias nacionales en relación a la Ciencia y a la Medicina. Por falta de espacio, este artículo sólo tratará someramente del primer punto. En una segunda sección se describirá la estructura actual de la formación.

CUESTIONES HISTÓRICAS

El proceso histórico que condujo al nacimiento del “alienista británico” comenzó en el transcurso de la segunda mitad del siglo XVIII. Esto no significa que nadie en esta isla se hubiera ocupado de cuestiones psiquiátricas antes de esa época. Así, por ejemplo, entre 1597 y 1635, Richard Napier, un teólogo que también practicaba la Medicina, examinó y dejó constancia de más de dos mil casos de trastorno mental (1). De todas formas, sería inapropiado decir que había un grupo de alienistas entregados a su tarea en el Reino Unido antes del siglo XIX. Se puede decir esto a pesar de que el Hospital de Bethlem existe desde la época medieval y de que durante el siglo XVIII había médicos que regularmente visitaban manicomios (2) privados, dejando constancia en ocasiones de sus experiencias (v.gr., De Mandeville [3] y Cheyne[4]).

De todos modos, en julio de 1751, se inauguró el Hospital para Lunáticos de San Lucas en Londres con el Dr. William Battie como médico. Como escribió Richard Hunter, éste fue el primer hospital en el que “se trató de hacer un acercamiento más racional a la locura” (5). Se dice que después de retirarse en 1764, Battie había examinado a más de mil enfermos mentales. No hay duda de que Battie debió acumular una gran experiencia clínica y de que su libro constituyó un interesante ejemplo de teorización psiquiátrica. No

obstante, es mi impresión que sería anacrónico considerarle como un “alienista” a tiempo completo. Lo mismo puede decirse de Sir Alexander Crichton (cuya obra estuvo bajo la influencia de autores alemanes) (6) y, en menor grado, de Thomas Arnold (7) y William Pargeter (8). Más interesante es, a este respecto, la figura de John Haslam, un boticario que trabajó en el Hospital de Bethlem durante los primeros años del siglo XIX (9) y cuya obra da muestra de una profundidad en cuanto a experiencia clínica suficiente para cualificarle como uno de los primeros alienistas británicos a tiempo completo (10).

En este artículo el término “alienista” se refiere a aquel médico dedicado a *tiempo completo* a cuidar enfermos mentales en el contexto de una institución mental y que tiene a su disposición un lenguaje descriptivo y unas técnicas de tratamiento cuya naturaleza y valor son, de alguna manera, compartidas por un grupo paritario. Esto quiere decir que mientras que John Conolly (11) merece este calificativo, James Prichard (12) no. En otras palabras, en el caso del Reino Unido es más heurístico, desde el punto de vista histórico, ligar el nacimiento del “alienista” al desarrollo de la red de Asilos.

Médicos en los Asilos por Ley

El crecimiento de la red de Asilos en el Reino Unido fue provocado por un Acta del Parlamento aprobada en 1744 que establecía que los lunáticos debían ser separados, encerrados y “curados”. De todos modos, el Acta no especificaba qué se entendía por “curados”, aunque algunos autores han interpretado esto como que hacía referencia a “tratados médicamente” (13). Es más probable, de todas formas, que el término simplemente significase “atendidos” o “cuidados” (en efecto, ambos significados estaban ya en uso por entonces —ver Oxford English Dictionary—).

La siguiente Acta importante fue la de Wynn, aprobada en 1808 y también llamada “County Asylums Act”. Aunque no hace mención directa a los médicos, este Acta crea el espacio en el cual los alienistas iban a florecer a lo largo del siglo. Fue el Acta de 1828 la que, en los términos más claros, introdujo por ley a los médicos en los asilos, disponiendo que todas las instituciones con más de 100 internos debían tener un director médico residente. Una vez más, no hay evidencia de que entonces el legislador quisiese indicar que tales médicos trataran los trastornos de la mente; su intención simplemente fue mejorar la parte física de los pacientes.

(*) G.E. Berrios MA (Oxon); FRCPsych, FBPss Honorary Librarian and College Officer, RCPsych Membership Courses Organiser for East Anglia Professor of Psychiatry, University of Cambridge. Department of Psychiatry, University of Cambridge. Addenbrooke's Hospital (Level 4). Hills Road, Cambridge, UK, CB2 2QQ.

Traducción: Dr. J.M. Olivares Díez (Vigo)

Enfoques explicatorios

Pero una vez que los médicos fueron introducidos en los asilos británicos, se desencadenó un proceso que, tal como resultó después, llevó a la formación de una nueva profesión. Sea como fuere, cuando damos razón de los orígenes de cualquier profesión, es importante separar el enfoque sociológico del histórico. Un reciente informe sociológico ha descrito a los alienistas británicos del XIX como “patrones morales” y afirman que, durante el siglo pasado (actuando en complicidad con el poder) inventaron una “visión médica” de la locura con el fin de obtener el monopolio de su manejo (14). El enfoque histórico, por otra parte, se mueve más cerca de los hechos e incluye tanto factores externos como internos. En relación a los primeros, por ejemplo, aceptará que medicalizar, y el mantener cualquier comportamiento científico son, por definición, “actos sociales” (ya que ofrecen a sus actores ganancias sociales, estéticas y financieras). Pero también afirma que el contenido de tales actos está también guiado por una “lógica interna de descubrimiento” por la cual puede ser llamado “verdadero progreso científico” (15). Esto significa que los actuales avances en neurobiología y la comprensión y control de la enfermedad mental hace a la ciencia del siglo XX superior a lo que fue conseguido durante el XIX. En otras palabras, puede postularse que el desarrollo de la profesión psiquiátrica en Gran Bretaña fue conducida tanto por los avances en semiología, anatomía y fisiología como por cualesquiera “necesidades sociales” que hubiera para controlar al loco.

Así, un enfoque histórico identificará factores externos tales como: a) actos legislativos, b) la fuerza de la *Zeitgeist*, incluyendo los grandes movimientos filantrópicos del XIX, c) el debate entre alienistas y legisladores a lo largo de aquel periodo y que ayudaron a definir la moderna noción de locura, y d) el impacto de las dos Guerras Mundiales. Por otro lado, incluirá factores internos: a) la influencia imperante del modelo anátomo-clínico de enfermedad (16), b) la creación consecuente de una semiología y un lenguaje estable de descripción, c) la separación de las enfermedades neurológicas —basadas en el concepto de lesión focal— del viejo grupo de las neurosis (17) y eso fue, en efecto, crear el territorio nosológico de la psiquiatría; y d) el progreso general de la neurobiología. Este pequeño artículo tratará sólo alguno de estos factores.

El nacimiento del alienista británico

Ya en 1974 (18), el que éste escribe sugirió que sólo después que los médicos entrasen por ley en los asilos puede decirse que comenzó la historia de los alienistas británicos. Los médicos que llegaron a los asilos necesitaron hacer constar el estado físico y mental de sus pacientes pero encontraron que sólo disponían de un lenguaje para lo primero (19). En consecuencia, las notas de las primeras cuatro décadas del siglo XIX sólo incluían detalles de los cambios físicos (es decir, pocos sobre estados mentales). Al final del siglo XIX, sin embargo, las notas clínicas de los mismos hospitales describen estados mentales con gran detalle. La historia del pa-

pel jugado por los alienistas en el desarrollo de este lenguaje descriptivo aún no ha sido escrita por completo (20).

Los problemas comunes que encararon los alienistas en los asilos llevaron a la formación en el Reino Unido, en 1841, de la primera *Asociación de Directores Médicos de Hospitales para Dementes*. Comenzó con siete miembros y en 1865 cambió su nombre por el de Asociación Médico-Psicológica. En 1855 había alcanzado 115 miembros, y 500 en 1891. Manuales y libros de texto, y no simples libros sobre locura, comenzaron a aparecer poco después, y en 1853 Asociación editó el *Asylum Journal* (ahora llamado *British Journal of Psychiatry*).

En su discurso presidencial de 1858, John Conolly recomendaba que el nombramiento de los médicos para dirigir los asilos debería señalar el camino para el aprendizaje sobre la locura (21). Un año después, Robert Boyd repetía este llamamiento añadiendo que la enseñanza de la enfermedad mental debería ser incluida en la formación médica (22). En 1870, John Sibbald, co-editor del *Journal of Mental Science* (segundo nombre del *Asylum Journal*) escribió que había llegado la hora de que la Asociación alentase la formación clínica en la enfermedad mental y controlase los resultados. En 1885, se creó un Certificado de Eficiencia en Medicina Psicológica (CPM), que tras superar un examen formado por cinco temas, fue obtenido por unos 200 alienistas sobre 1892 (23). Ese mismo año, D.H. Tuke editó un *Diccionario de Medicina Psicológica*, en dos tomos. Esta gran obra englobaba la mayor parte del conocimiento de la época sobre el alienismo y mostraba que la profesión tenía por entonces un *corpus* teórico y un lenguaje común. Sobre 1880, el *Journal of Mental Science* publicaba suficientes artículos y revisiones bibliográficas como para orientar la opinión entre los alienistas británicos (24). Finalmente, desde 1850, los alienistas fueron requeridos para dar conferencias sobre la locura en las escuelas clínicas y algunos de ellos llegaron a ser llamados “conferenciantes (o profesores) en Trastorno Mental”. Sorprendentemente, a pesar de ésto, la primera cátedra de medicina psicológica se creó en 1908 en la Universidad de Leeds, siendo su primer titular Bevan Lewis.

INFLUENCIAS EXTRANJERAS

La presencia de hasta 38 vocablos continentales en el Diccionario de Tuke (25) muestra el gran tráfico intelectual a través del Canal y que el alienismo británico estaba influenciado, no sólo por los puntos de vista nativos (tales como los desarrollados por Conolly o Hill), sino también por definiciones y prácticas de la Europa Continental.

El descriptivismo del s. XIX

Con respecto a ésto, existen pocas dudas sobre que la principal contribución de la psiquiatría británica durante el siglo XIX fue en el área de la organización hospitalaria y de los cuidados generales del alienado. Después de 25 años de investigación en este campo, no he sido capaz de encontrar, con la excepción quizás de los originales criterios sobre el es-

tupor de Newington (26), ninguna contribución semiológica o clínica hecha por los alienistas británicos del XIX. Todas las ideas en estos campos de investigación venían de Francia, Alemania o Austria, y ocasionalmente, Italia. Todavía más sorprendente es conocer que las únicas ideas exportadas durante este periodo al continente fueron los criterios neurofilosóficos de Hughlings Jackson, y que éstos tuvieron más influencia sobre los psicólogos franceses (v.gr., Ribot [27] y Janet [28]) que sobre los alienistas. Jackson tuvo poca o ninguna influencia entre los alienistas británicos durante este periodo. El tráfico iba, por consiguiente, en la otra dirección y los alienistas británicos del XIX simplemente se hicieron eco de los grandes debates continentales.

Psicoanálisis

En 1910, otra moda continental se hizo camino en el pensamiento británico, particularmente durante la Gran Guerra, cuando fenómenos tales como la “neurosis de guerra” probaron ser un campo fértil para la aplicación de las teorías psicoanalíticas. Se ha recogido que la Primera Guerra Mundial ocasionó sobre 80.000 bajas psiquiátricas en el Reino Unido, y que entre 1917 y 1919 muchos de aquéllos que se cronificaron fueron tratados mediante técnicas psicodinámicas, por ejemplo en el Hospital Maghull en Liverpool. Este centro, dirigido en aquella época por hombres como Hart, Pear, Elliot-Smith y Rivers, ha sido descrito como: “una sociedad en la que la interpretación de los sueños y la discusión de conflictos mentales constituía el tema principal de conversación” (29).

Aunque la historia del impacto del psicoanálisis sobre la psiquiatría británica entre 1900 y 1930 todavía no ha sido escrita por completo, trabajos preliminares muestran que la profesión psiquiátrica fue menos impermeable de lo que se ha pensado hasta ahora. Además de psiquiatras como Hugh Chrichton-Miller, quien fundó la Clínica Tavistock en 1920, y Bernard Hart, una figura relevante de la época, estaban William Brown en Oxford, y John McCurdy (un canadiense que llegó al Reino Unido vía Estados Unidos) en Cambridge. Asimismo, el Hospital Cassel, un centro en el que se ofrecían métodos psicodinámicos de tratamiento, se abrió poco después de la Gran Guerra, bajo la competente dirección de T.R. Ross, quien desechó las ideas ortodoxas freudianas y siguió los principios psicodinámicos de Dubois y Dejerine (30). Apenas hay mejor evidencia de la influencia de las ideas psicodinámicas sobre importantes psiquiatras británicos que un libro de Bernard Hart titulado *Psicopatología*, (sus Conferencias Goulstonianas de 1926) en el que se encargó de explicar la visión freudiana al Real Colegio de Médicos.

Los emigrados de Alemania

Los años 20 y 30 también vieron la influencia, no toda ella beneficiosa, de Adolf Meyer a través de seguidores como A. Lewis, D. Gillespie y D.K. Henderson; su modelo, que incluía una confusa mezcla de variables biológicas, psicológicas y sociales, se demostró estéril en términos de investi-

gación científica. Estas ideas fueron pronto desplazadas por la llegada en 1933 de un grupo de psiquiatras germanoparlantes que incluía a Willy Mayer-Gross, Erwin Stengel, Alfred Meyer, Eric Guttman y Stephen Krauss. Mayer-Gross era en aquella época un miembro destacado de la escuela de Heidelberg; Alfred Meyer, discípulo de Walter Spielmeier, había realizado trabajos fundamentales sobre la neuropatología provocada por el déficit de oxígeno en el cerebro; y Stengel, psiquiatra vienés, combinaba el organicismo de Wagner von Jauregg, una predilección por el psicoanálisis, y fuertes ideas jacksonianas. A pesar de alguna resistencia local inicial, estos hombres se las arreglaron para cambiar el curso de la psiquiatría británica. La reputación de ésta en cuanto a lucidez clínica, investigación empírica y tratamiento ecléctico se debe enteramente a sus esfuerzos. Después de un importante periodo de desarrollo interno, la psiquiatría británica parece estar, una vez más, abriendo sus puertas a voces del exterior, particularmente a aquellas provenientes del DSM-III-R. Es demasiado pronto para decir si el avance en comunicabilidad y confiabilidad de los diagnósticos prometidos por el glosario americano pesa más que la desventaja de un “cierre temprano” de las descripciones psicopatológicas y su consecuente pérdida de validez.

EL PRESENTE

Desde la Segunda Guerra Mundial, la Real Asociación Médica Psicológica (convertida en el Real Colegio de Psiquiatras —RCPsych— en 1971), ha jugado un papel cada vez más importante en la formación de los psiquiatras. En 1910, el examen para obtener el antiguo CPM (ver anteriormente) se había convertido sucesivamente en más y más complejo, y pasó a ser controlado por el Real Colegio de Médicos de Londres bajo el nuevo nombre de diploma en medicina psicológica (DPM). En 1921, el primer DPM académico (es decir, otorgado por una Universidad, y no por el Real Colegio) comenzó en la Universidad de Cambridge. Asimismo, debido a que el *corpus* de conocimiento psiquiátrico creció, se pensó que un periodo de residencia de tres meses (requerido durante el s. XIX) para cualificarse para el examen era insuficiente, y se amplió a un año en los años 20; y a tres en los 40. Finalmente, a principio de los 70, el RCPsych inició un nuevo “examen de ingreso” (MRCPsych) que reemplazó al antiguo DPM (interrumpido en 1975).

El papel del Real Colegio de Psiquiatras (31)

La adecuada puesta en marcha del examen MRCPsych requería que el RCPsych tomase el control sobre la formación a nivel nacional y ésto se hizo a mediados de los 70. El elemento crucial en este control fue el inicio de un sistema nacional de “acreditación” de todos los hospitales mentales y unidades psiquiátricas en hospitales generales en los que la formación tenía lugar. Cada tres años, equipos de acreditación evaluaban cada instalación (incluyendo a la propia institución, al cuadro médico, especialidades e instalaciones académicas). Por ejemplo, para ser acreditado como centro

capacitado para impartir la formación, la institución en cuestión debe constar de departamentos (y especialistas) en psiquiatría general, en interconsulta, psicoterapia, minusvalía mental, psicogeriatría, toxicomanías y alcoholismo, así como psiquiatría infantil y forense. Cada institución debe tener su propia biblioteca con un mínimo de libros y publicaciones periódicas, un presupuesto mínimo (actualmente de 3.000 libras dedicadas en su totalidad a la biblioteca) y un bibliotecario profesional. Esto no es un mero trámite: el Tribunal de Electores del Colegio se asegura de que todos los residentes son entrevistados individualmente y en privado, de manera que las quejas sean confidenciales. Si una institución no cumple los criterios de evaluación, el RCPsych emite una advertencia y pone a dicha institución a prueba. En un informe detallado, el Colegio enumera aquellos aspectos de la institución que no alcanzan los niveles requeridos y le otorga una acreditación "provisional" (que significa una nueva auditoría en el plazo de 2 años).

Si no se aprecia ninguna mejora en la segunda auditoría, se le retira la acreditación. En la práctica significa que dicha institución no va a volver a ser reconocida por el Colegio como centro de formación (es decir, los residentes que trabajen allí no van a poder realizar el examen de ingreso [MRCPsych]). El efecto neto de esta medida es que pronto el Hospital en cuestión se queda sin residentes. Esto no es una simple amenaza, sino que el Colegio lo está llevando a cabo. Los directores de hospital conocen ésto y de ahí que tomen las advertencias del RCPsych muy en serio. La respuesta usual es que tan pronto se les notifica una advertencia, aparece el dinero y todos los servicios mejoran (o sea, despachos para residentes, supervisiones personales adecuadas, tiempo para estudiar, sesiones de revistas periódicas, etc.).

El Gobierno *no está envuelto en la organización de la psiquiatría* en el Reino Unido, excepto como proveedor de servicios clínicos a través del Department of Health (Ministerio de Sanidad). El RCPsych reina como supremo cuerpo psiquiátrico administrativo y educacional en el país y no hay asociaciones psiquiátricas rivales (como en Francia, por ejemplo) compitiendo desde puntos de vista ideológicos diferentes. Ninguna persona cualificada médicamente puede ejercer como psiquiatra a menos que esté acreditada por el RCPsych.

Esta gran institución, por lo tanto, cumple con un gran número de responsabilidades. Situada en Londres, consta de departamentos de exámenes, información, acreditación, finanzas e investigación. También tiene una Biblioteca central que orienta a todos los bibliotecarios de psiquiatría británicos (a través de *listas de libros* que son revisadas periódicamente) y que constituyen el núcleo central de las lecturas para todos los residentes en psiquiatría del Reino Unido.

El Colegio también lleva adelante una revisión regular e investiga en áreas en las que, por motivo del tema o por sensibilidad se requiere una cobertura nacional. Los seis altos cargos del RCPsych (presidente, decano, secretario general, bibliotecario, tesorero y editor), además de los miembros clave de varios cuerpos ejecutivos, son elegidos por votación entre todos sus miembros. El RCPsych está subdividido en varias secciones (psiquiatría general, minusvalía psíquica, psicogeriatría, psicoterapia y psiquiatría forense) y en diver-

sos *grupos especiales* (historia, filosofía, informática, etc.) que ayudan a determinar los modelos adecuados en la formación en cada especialidad. El RCPsych posee además un poderoso departamento de publicaciones que incluye un notable número de libros al año así como el patrocinio de tres revistas periódicas: *British Journal of Psychiatry*, *History of Psychiatry* y *Current Opinion in Psychiatry*.

Elección y formación

La formación psiquiátrica en el Reino Unido es homogénea y una cuestión práctica. Los residentes son escogidos en competición abierta y cualquiera que posea un título médico reconocido por el General Medical Council (la institución de Londres que se encarga de las normas médicas) está cualificado para presentarse. No hay verdadero desempleo entre los médicos en el Reino Unido, ya que el Ministerio de Educación se ha asegurado siempre de que no se formen más médicos de los que el país necesita. Esto significa que la psiquiatría debe competir con otras especialidades médicas populares por los mejores residentes. Hasta hace relativamente poco, ésto quería decir que graduados de una peor calidad proporcional tendían a acabar en psiquiatría. Esto también significaba que la psiquiatría tenía una mayor tasa de graduados extranjeros. Esto no era un problema para los grandes centros de formación en psiquiatría (la evaluación más reciente de los Departamentos de Psiquiatría llevada a cabo en Diciembre de 1992 ordenó a los mejores centros — del primero al quinto — de la siguiente manera: Cambridge, Oxford, Manchester, el Maudsley Hospital y Edimburgo), pero ponía en serias dificultades a algunos de los centros situados en las Universidades más pequeñas.

Las cosas han cambiado radicalmente en los últimos diez años. Especialidades como Psiquiatría y Medicina General se han vuelto populares al tiempo que la educación médica mejoraba y la nueva generación de médicos se ha dado cuenta de que el énfasis en la medicina altamente tecnologizada del hospital puede ser inútil y éticamente cuestionable desde la perspectiva general de las necesidades de salud más amplias de la población. La demanda se ha incrementado notablemente y los centros de formación psiquiátrica pueden escoger y seleccionar. También ha aumentado por influjo de los numerosos graduados de la Comunidad Europea.

Los graduados pasan a ser "junior hospital doctors", comienzan como "senior house officers" (SHOs) y son promovidos a los dos años a "registrars" (médicos asistentes). Los salarios son suficientes para sostener una familia y las horas de trabajo no son tan onerosas como solían ser. A todos se les alienta a hacer investigación. Durante la formación no está permitida la práctica privada. Rotan cada seis meses y deben cubrir todas las especialidades. Una vez que obtienen el MRPsych (ver más adelante), pasan a una fase de mayor especialización (llamada "senior registrarship", que dura una media de 4 años y se obtiene en competición abierta) la cual les prepara para obtener el cargo de psiquiatra.

Cada hospital tiene *un tutor en psiquiatría* elegido localmente y confirmado por el RCPsych, cuyo trabajo consiste en controlar todos los aspectos prácticos de la formación y

aconsejar a los residentes. Cada región (que cubre un gran número de Hospitales) debe tener también un *coordinador* (propuesto por el Departamento universitario y confirmado por el RCPsych). Los cursos para el MRCPsych anual son diseñados de acuerdo con un programa proporcionado por el RCPsych y duran una media de 100 horas cada uno. Incluyen conferencias y enseñanzas prácticas sobre todos los aspectos de las ciencias básicas y clínicas relevantes para la psiquiatría. La enseñanza es generalmente impartida por profesores universitarios de cada asignatura. Los residentes deben pagar una matrícula para asistir a los cursos, pero les es reembolsada por quien les ha contratado.

El examen MRCPsych

La primera parte del examen (que consta de parte escrita y parte oral), enfatiza las ciencias básicas y las habilidades clínicas. Es tarea de los examinadores *eliminar* a aquellos candidatos que, independientemente de su inteligencia o dedicación, flojean en habilidades sociales y en el tacto con los enfermos requerido para ser psiquiatra. Este examen se realiza al principio de la formación (al final del primer año) para que, de encontrar al candidato poco preparado, haya tiempo de reeducarlo, brindarle educación especial o si fuese necesario, aconsejarle dejar la profesión.

La parte final (que incluye desarrollar temas por escrito, preguntas tipo test y exámenes orales) tiene lugar a los 3 años y medio o cuatro años y cubre tanto ciencias básicas como clínicas.

RESUMEN

Este artículo presenta una rápida visión de los factores que configuraron la profesionalización del "psiquiatra británico" y detalla la estructura y principios que subyacen a la formación en psiquiatría habitual en el Reino Unido. Este proceso, que comenzó durante el siglo diecinueve se completó tras la Primera Guerra Mundial, fue modulado por *factores externos* tales como varias Actas del Parlamento —que en realidad introdujeron a los médicos en los asilos— y presiones de la *Zeitgeist*; así como por *factores internos* tales como la adopción por parte de los psiquiatras del modelo anatómico-clínico de enfermedad, el desarrollo de la semiología psiquiátrica, y la separación entre neurología y psiquiatría. También hubo influencias externas tales como las originadas en categorías clínicas continentales, psicoanálisis, Adolf Meyer, los emigrados de Alemania a cuya visión debe la psiquiatría británica en su mayor parte su reputación actual, y el DSM-III-R. Esta enumeración necesita ser complementada con posteriores estudios que identifiquen las más nuevas, y por lo que sabemos, más importantes influencias.

La formación habitual de psiquiatras en el Reino Unido mantiene un tono bajo y necesita mejorar en algunas áreas. Es, sin embargo, homogénea a lo largo del país y garantiza un *mínimo de calidad* a todos los residentes. Esto está basado en el hecho de que todas las normas y guías del RCPsych son ejecutadas y obedecidas. No hay razón para pensar, por lo tanto, que la formación en psiquiatría en el Reino Unido es, como en ocasiones se ha murmurado, de inferior calidad que la ofrecida en España, o si vamos a eso, en otros países de la Comunidad Europea.

BIBLIOGRAFIA

1. Mac Donald M. *Mystical Bedlam*. Cambridge: Cambridge University Press 1981.
2. Parry-Jones WLL. *The Trade in Lunacy*. London: Routledge & Kegan Paul.
3. Mandeville B de A. *Treatise of the Hypochondriack and Hysterick Passions*. London: Dryden Leach 1711.
4. Cheyne G. *The English Malady*. London: G Strahan 1783.
5. Hunter R, Macalpine I. Introduction. In: Battie WA. *Treatise of Madness*. London: Dawsons of Pall Mall 1962.
6. Crichton A. *An Inquiry into the nature and origin of mental Derangement*. London: Cadell Junior, and W Davies 1798; 2 Vols.
7. Arnold T. *Observations on the nature, kinds, causes, and prevention of insanity*. Leicester: Ireland 1806; Vol 1.
8. Pargeter W. *Observations on Maniacal Disorders* Reading. Smart and Cowsdale 1792.
9. Leigh D. *The Historical Development of British Psychiatry*. Oxford: Pergamon Press 1961; Vol 1.
10. Haslam J. *Observations on Madness and Melancholy*. London: J Callow 1809.
11. Conolly J. *The Indications of Insanity*. London: John Taylor 1830.
12. Prichard JA. *Treatise on Insanity*. London: Sherwood, Gilbert, and Pier 1835.
13. Jones KA. *History of the Mental Health Services*. London: Routledge & Kegan Paul 1972.
14. Scull A. *Museums of Madness*. London: Allen Lane 1979.
15. Laudan L. *Progress and its Problems*. Berkeley: University of California Press 1977.
16. Ackerknecht EH. *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*. Baltimore: Johns Hopkins Press 1967.
17. López-Piñero JM. Historical origins of the concept of neurosis. (Translated by D Berrios). Cambridge: Cambridge University Press 1983.
18. Berrios GE. Sobre la Historia de la Psiquiatría. *Revista de Occidente* 1974; N.º 137: 64-74.
19. Laín-Entralgo P. *La Historia Clínica*. Barcelona: Salvat 1961.
20. Berrios GE. Mental symptoms: a conceptual history. Cambridge: Cambridge University Press (in the press).
21. Conolly J. Presidential Address. *Journal of Mental Science* 1858; 5: 71-78.
22. Boyd R. On the Necessity of Insanity as a Branch of Medical Education. *Journal of Mental Science* 1859; 5: 573.
23. Urquhart AR. *Psychological Societies*. In: Tuke DH (Ed). *A Dictionary of Psychological Medicine*. London: Churchill 1892; pp 1406.
24. Parry Jones WLL. *Books for Asylum Doctors*. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists* 1986; 10: 22-24.
25. Bynum WF. Tuke's dictionary at the turn of the century. In: Berrios GE and Freeman H (eds). *150 Years of British Psychiatry 1841-1991*. London. Gaskell 1991; pp 163-179.
26. Newington HH. Some Observations on different forms of stupor and on its occurrence after acute mania in females. Gulls views on anorexia nervosa do not count as he was not an alienist. *Journal of Mental Science* 1874; 20: 312-326.
27. Delay J. Jacksonism and the work of Ribot. *Archives of Neurology and Psychiatry* 1967; 78: 505-515.
28. Rouart J, Rouart J. *L'Evolution Psychiatrique* 25: 485-501.
29. Pines M. The Development of the Psychodynamic Movement. In: Berrios GE and Freeman H (eds). *150 Years of British Psychiatry 1841-1991*. London. Gaskell 1991; pp 206-231.
30. Ross TA. *The Common Neuroses*. London: Arnold 1923.
31. For a History of the Royal College of Psychiatrists of the United Kingdom see. Berrios & Freeman 1991; above.