

# LA REFORMA PSIQUIATRICA EN CHILE: PRECEDENCIA HISTORICA DE LOS PROBLEMAS DEL ALCOHOL (1942-2000)

Cuad. Méd. Soc. XL, 2, 1999/ 33-40

*Juan Marconi T.\**

## SUMMARY

Psychiatric Hospitals dominate the first century of the care of mental patients in Chile: 1852-1951. Since 1952 a net of institutions in General Hospitals, and since 1968, the addition of community programs, inted to substitute Psychiatric Hospitals, in the name of Psychiatric Reform.

Three periods of the Chilean Psychiatric Reform are proposed. 1) 1942-1967, of creative contributions. 2) 1968-1989, with creative and regresive events, and 3) 1990-2000, with restauration and development of official institutions. Singular freatures of Chilean Psychiatric Reform are: 1) A tematic reform, applied to Alcohol Problems, precedes, with a men of 7.8 years, the development of general Mental Health Reform. 2) The Reform begins at the Universidad de Chile (1942-1952); the National Health Service mas founded only in 1952. 3) Progress is attained by demonstration effects, lacking a contrl management and the use ad-hoc of legislation. 4) Training of residents in Community Mental Health (1968-1973) has been and important factor. 5) 17 (1973-1989) of the 58 years analyzed, almost are third of the total, were of total paralysis and regression of activities.

Studies on the economic cost of Alcohol Problems in Chile, and recintly the high quality of International research on the subject (OMS Europa 1994), and the expansion of the use of illicit drugs in Chile, since 1985, may consolidate the position of Alcohol Problems as a leading subject of the next century.

Key words: Psychiatric Reform, Chile, alcohol problems.

## RESUMEN

El Asilo-Hospital Psiquiátrico domina el primer siglo de asistencia psiquiátrica en Chile (1852-1952). En 1952 se agrega la Red de Servicios en Hospital General y en 1968, los programas comunitarios, con red complementaria de Servicios, intentando reemplazar el modelo asilar, iniciando así la Reforma Psiquiátrica Chilena. En ella, se describen tres etapas cronológicas: 1) 1942-1967, de eventos creativos; 1968-1989, con eventos creativos y regresivos, y 1990-2000, con restauración del crecimiento institucional oficial.

Se describen cinco caracteres singulares de la reforma chilena: 1) es precidida, con un promedio de 8,7 años, por la reforma temática aplicada a los problemas del alcohol. 2) Se inicia en la Universidad de Chile, y avanza mediante efectos de demostración. 3) Ausencia de autoridad central y la vía legislativa,

---

\* Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Casilla 226, Correo 13, San Miguel, Santiago

predominante en otros países. 4) La docencia postítulo en Psiquiatría y Salud Mental Comunitaria (1968-1973). La precedencia de los problemas del alcohol puede consolidarse en el siglo XXI y se apoya en la magnitud del daño, US\$ 3.000 millones año y, últimamente, en la calidad de estudios internacionales sobre el tema (OMS Europa 1994).

Palabras claves: Reforma Psiquiátrica, Chile, problemas del alcohol.

## I INTRODUCCION: LA ASISTENCIA PSQUIATRICA HASTA 1950

Tres fechas históricas -1852, 1952 y 1968- señalan el inicio de los tres modelos de programas de Salud Mental en Chile. En 1852 se fundó la Casa de Orates, llamada luego Manicomio Nacional, Hospital Psiquiátrico de Santiago y, actualmente, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz.

El año 1952 nace, en el Hospital José Joaquín Aguirre, de la Universidad de Chile, la Clínica Psiquiátrica Universitaria, el primer Servicio de Psiquiatría en un Hospital General, con una Red de Servicios institucionales, a nivel profesional: consulta ambulatoria, hospitalización diurna y completa, talleres de rehabilitación, psiquiatría de enlace, etc.

El tercer modelo de programas intracomunitario se desarrolló entre 1968 y 1973, conducido por la Universidad de Chile, en el Area de Salud Sur de Santiago, Servicio Nacional de Salud y comunidad local. Con apoyo institucional oficial mínimo, un Centro de Salud Periférico, se educa y organiza a la comunidad, de un millón de habitantes para abordar el tratamiento y prevención de casos simples en Salud Mental, con sus propios recursos utilizando o generando una Red de Servicios Comunitarios, para instalar luego el mínimo operante de la Red de Servicios oficiales del modelo Hospital General, ya citado, de mayor complejidad y costo (1).

La escena nacional es dominada, hasta 1952, por el modelo Asilo-Hospital Psiquiátrico, caracterizado por: el rechazo y temor colectivos hacia la enfermedad mental, la custodia indefinida de "crónicos" con efecto iatrogénico; la violación de los derechos humanos de los pacientes, y por ser la antítesis de los programas de Salud Pública; y tener un costo elevado para una cobertura mínima, no sectorizada.

Con el modelo del Asilo originario, desde 1852, se creó en Santiago (1928) una colonia agrícola de "crónicos", el actual Hospital El Peral, junto a dos asilos más recientes de la V Región; en Valparaíso (Hospital El Salvador) y Putaendo (Hospital Pinel).

La integración de la psiquiatría al Hospital General y a la comunidad, se ha descrito, a nivel mundial, como la Reforma Psiquiátrica, cuyas raíces son comunes, pero, como proceso histórico, toma matices y ritmos diferentes según la realidad local de cada país.

El objetivo del presente trabajo es caracterizar lo peculiar de la Reforma Psiquiátrica chilena desde 1942 hasta el año 2000, propiciando un desarrollo futuro con mayores recursos, pero siempre adaptado a nuestra realidad.

## II. LAS RAICES COMUNES DE LA REFORMA PSQUIATRICA A NIVEL MUNDIAL

La década de 1950 es la clave para entender el cambio radical de la asistencia psiquiátrica, con cuatro raíces complementarias: derechos humanos, magnitud del problema, terapia biológica y psicoterapia

- a) El movimiento por los derechos humanos, a partir del término de la segunda gran guerra, planteó la crítica a la reclusión indefinida de pacientes mentales abandonados en asilos o sectores de "crónicos" de hospitales psiquiátricos, agregando la invalidez social a la incapacidad inicial, provocada por la enfermedad.
- b) Los estudios epidemiológicos, desde 1950, revelan la gran magnitud de la demanda potencial por asistencia psiquiátrica, que alcanza al 25% de la población general.
- c) El gran desarrollo de la psicofarmacología, iniciado con Clorpromazina en 1952, que ha llevado a la psiquiatría al primer lugar en cuanto a eficacia terapéutica.
- d) El desarrollo, desde 1950, de la terapia conductual que promueve técnicas científicas de aplicación masiva en psicoterapia.

## III. BREVE PANORAMA DE LA REFORMA PSQUIATRICA MUNDIAL

La primera experiencia precursora se produjo en Moscú, al crearse el primer Hospital Diurno en

1933, como paliativo a la escasez de camas psiquiátricas. En la década de 1940 se integró, en Canadá, como un eslabón valioso de una Red de Servicios, en Hospitales Generales. Otro enfoque pionero fue la atención domiciliaria de pacientes antes de ingresar al sistema oficial; la experiencia de A. Querido en un servicio de urgencia psiquiátrica en Amsterdam llegó a evitar el 50% de las hospitalizaciones. En Nigeria, zona rural A. Lambo trató con éxito al paciente y su familia, hospitalizados en una aldea terapéutica.

La reforma a nivel nacional se generaliza en países desarrollados desde 1960 y consiste en reemplazar la anacrónica estructura del Asilo-Hospital Psiquiátrico, por tres redes complementarias de servicios: la institucional oficial, a cargo de profesionales; la institucional comunitaria, dirigida por técnicos y monitores en Salud Mental, integrando además las redes de apoyo social de los pacientes conocidos, amigos, sacerdotes y pastores, etc.

La Red oficial comprende: atención a nivel primario, en Centros de Salud periféricos; atención secundaria en Urgencia, Psiquiatría de Enlace, y Consultorio adosado al Hospital General; y atención terciaria, con hospitalizaciones diurna, nocturna y completa, así como Rehabilitación en Hogares y Talleres protegidos, en la comunidad.

La Red de Servicios comunitarios agrupa a ex pacientes y familiares, creando estructuras de acción terapéutica y preventiva, cuyo modelo universal es alcohólicos anónimos o recuperados.

Algunos ejemplos de Reforma Psiquiátrica son los siguientes:

- a) Ley Kennedy en Salud Mental (1962) que instaló los Centros Comunitarios de Salud Mental, con estructura propia, separada del resto de la salud y con un costo elevadísimo.
- b) La psiquiatría de sector, en Francia, con énfasis en la población a cargo y en la programación local.
- c) La Reforma italiana (Basaglia) utilizando la vía legislativa para cerrar los Hospitales Psiquiátricos.
- d) La Reforma inglesa, en el Servicio Nacional de Salud, que ha logrado cerrar 100 de 175 Hospitales Psiquiátricos.
- e) La Reforma española, con énfasis en la acción de profesionales en Salud Mental, elevando el costo.

En general las nuevas instituciones han avanzado a nivel oficial, pero fallan en apoyar la creación de instituciones comunitarias suficientes y adecuadas a cada patología, a nivel popular. Allí donde existe desde antes la masa crítica suficiente de instituciones comunitarias, como en el caso de alcohólicos anónimos en Ontario, Canadá, se ha logrado bajar en un 50% las tasas de problemas del alcohol (2), lo que se atribuye al tratamiento-prevenición masivas. Como datos comparativos, Chile tiene una tasa de 20 Agrupaciones de Alcohólicos Recuperados, por millón de habitantes, mientras Canadá y Estados Unidos han logrado una tasa de 185 por millón, triplicando así la cobertura de los servicios oficiales (3).

#### IV. CRONOLOGIA DE REFORMA PSIQUIATRICA CHILENA

Podemos describirla inicialmente a diferencia de los países recién atados, como una sucesión de eventos creativos y regresivos, más que una iniciativa sostenida, a nivel nacional de las autoridades de salud. Los eventos que la caracterizan pueden ordenarse en tres etapas históricas:

- a) *Secuencia de eventos creativos: 1942 a 1967*, etapa con predominio de la investigación básica, clínica y epidemiológica, así como de la formulación inicial de programas nacionales, con escasos o nulos recursos.
- b) *Secuencia de eventos creativos y regresivos: 1968-1989*, donde contrastan un intento de programa masivo, adaptado a la realidad latinoamericana (4), y su desaparición durante la dictadura (1973-1989), prácticamente, con regresión de todas las actividades de Salud Mental, a nivel nacional.
- c) *Restauración del crecimiento institucional: 1990-2000*. Con investigaciones epidemiológicas a nivel internacional, mayor desarrollo de la Red de Servicios, a nivel profesional, en Hospitales Generales y reforzamiento del nivel normativo del Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Ver Cuadro N° 1

CUADRO N° 1

Secuencia histórica de eventos creativos: 1942-1967

Evento N°	Año	Institución	Evento	Autores	Comentarios	Temas. Alcohol, Psicosis Años de precedencia
1 1	1942	U de Chile	Investigación básica, apetencia de alcohol en ratas	1 Jorge Mardones y cols 2 Yedi Israel y cols	Se aplica hoy a seres humanos 1) Drogas que bajan apetencia. 2) Se investiga, en Chile, terapia génica del alcoholismo.	Eventos 1 1 con 1 2: 10 años.
1 2	1952	U de Chile	Primer Servicio de Psiquiatría en Hospital General	Ignacio Matte y cols	Inicia Reforma Psiquiátrica en Chile, a nivel asistencial.	
1 3	1953	U de Chile	Primera investigación de prevalencia de bebedores en población general	Juan Marconi y cols	5% de alcohólicos y 15% de bebedores excesivos. Replicada en Chile y Latinoamérica.	Eventos 1 3 con 1.4 5 años.
1.4	1958	Servicio Nacional de Salud	Investigación prevalencia trastornos mentales	José Horwitz y cols	10% neurosis, 5% alcoholismo, 2% epilepsia, 1% demencia, 1% retardo mental. Total 20%	
1 5	1957	Servicio Nacional de Salud	Programa Nacional de Alcoholismo, Hospital General	Jorge Mardones, José Horwitz, Juan Marconi.	Prevención primaria: Educación escolar. Secundaria: cadena de servicios diagnóstico y tratamiento precoces.	Eventos 1 5 con 1 6: 9 años Eventos 1 2 con 1.6: 14 años
1 6	1966	Servicio Nacional de Salud	Programa Nacional de Salud Mental, Hospital General.	José Horwitz, Juan Marconi, Leonardo Muñoz	Red de Servicios en torno a Hospital General	

Como puede observarse, lo más destacable del período 1942-1967 es la *precedencia temporal de los problemas del alcohol* con respecto a la Reforma Psiquiátrica general, configurando una suerte de Reforma temática que antecede, con un promedio de 8.7 años, al cambio generalizado en Salud Mental.

Un segundo rasgo del proceso es su *inicio en la Universidad de Chile* con investigación básica desde 1942, investigación clínica y epidemiológica desde 1952, en Hospital General, creación de programa intracomunitario en 1968, etc., la

concepción teórica de Jorge Mardones ha avanzado en años recientes, a la aplicación, en seres humanos, de medicamentos que reducen la apetencia por alcohol, y se proyecta hoy y en el futuro, la terapia génica del alcoholismo, con la tarea de su discípulo, Yedi Israel, ubicando a nuestra Universidad a la vanguardia del conocimiento acerca del tema. El Servicio Nacional de Salud, creado en 1952, entra en escena sólo a partir de 1957

La segunda etapa histórica abarca el período 1968-1989 y se ordena en el Cuadro N° 2.

## CUADRO N° 2

Secuencia histórica de eventos creativos y regresivos: 1968-1989

Evento N°	Año	Institución	Autores	Evento	Comentarios	Temas: Alcohol, Psicosis. Años de procedencia	
2 1	1964	U de Chile	Juan Marconi	Teoría de la psicosis	Aplicada en 2 5	2.1 con 2 5 = 14 años	
2 2	1968	U de Chile	Juan Marconi	Programa Intracomunitario de Alcoholismo Area Sur de Santiago	Base Un consultorio Delegación masiva de funciones	2 2 con 2 3 = 2 años	
2 3	1970	U de Chile Servicio Nacional de Salud Comunidad Area Sur	Juan Marconi	Programa Intracomunitario de Salud Mental	Se extiende a trastornos emocionales, privación sensorial		
2 4	1973-1989	Parálisis y regresión de actividades durante 17 años, salvo 2 5 y 2 6					
2 5	1976	U de Chile Servicio Nacional de Salud, Hospital El Peral	Juan Marconi y cols	Creación de Servicio de agudos y rehabilitación masiva de crónicos	Aplica Teoría de la Psicosis, delegación masiva de funciones y terapia conductual masiva (Economía de Fichas)		
2 6	1980	U de Chile	Juan Marconi y cols.	Programa Intracomunitario de Psicosis, en Consulta Externa, Hospital Barros Luco	Por probarse en comunidad	2.1 con 2 6 = 16 años.	

Este cuadro abarca un total de 21 años, de los cuales 16 fueron de estancamiento total de la Reforma Psiquiátrica. Los cinco años iniciales, 1968-1973 fueron, a la inversa, de creación original de un programa de Salud Mental multidimensional, de bajo costo, inserto en la cultura local, de crecimiento rápido, en la periferia comunitaria, totalmente participativo. Según la opinión de un participante destacado, el padre Sergio Naser, de no mediar el golpe militar, este programa sería uno de los mejores conocidos.

La Pastoral de Alcoholismo y Drogadicción de la Iglesia Católica lo reanudó en 1987. En 1973,

la comunidad organizada resolviendo sus propios problemas se transformó en actividad subversiva para el gobierno militar, deteniéndose además las investigaciones epidemiológicas en Salud Mental, y la Reforma General, durante 17 años. Una excepción durante este período fue la refundación del Hospital El Peral, que pasó, en 1976, de colonia agrícola de crónicos a Hospital Psiquiátrico de los actuales Servicios de Salud Metropolitano Sur y Sur-Oriente, del Ministerio de Salud, sirviendo a dos millones de habitantes. Se creó un servicio de pacientes agudos y rehabilitación masiva de crónicos, aplicando el enfoque intracomunitario y

técnicas avanzadas de terapia conductual (economía de fichas), junto a la teoría de la psicosis cognitiva escindida (esquizofrenia).

Posteriormente, 1977-79, se elabora el programa integral o intracomunitario de psicosis, en la Consulta Externa del Hospital Barros Luco, aún no probado en terreno.

La tercera etapa histórica de la Reforma Psiquiátrica es la *Restauración del crecimiento institucional desde 1990 hasta el año 2000*. El Cuadro N° 3 enumera algunos logros de este período en instituciones emergentes en nuestro tema

### CUADRO N° 3

#### Restauración y crecimiento institucional: 1990-2000

Institución y autores	Logros en Salud Mental	Comentarios
1. Ministerio del Interior (Creación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes: 21-IX-1990). Gobierno Patricio Aylwin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mide, cada 2 años, prevalencia e incidencia de uso de drogas y alcohol.</li> <li>- Concursa fondos para más de 1.200 proyectos de acción comunitaria en el tema (1998). Con cifras de prevalencia disgregadas por comuna, crea Sistema de Comunales de Prevención SISCOP, en población de mayor riesgo (1999).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creado en 21-IX-1990: crece, históricamente, la asignación de recursos en el tema, contribuyendo a crear conciencia pública y política de los problemas de Salud Mental, a raíz de la invasión de drogas ilícitas, desde 1985.</li> </ul>
2. Ministerio de Salud. Unidad de Salud Mental Dr. Alfredo Pemjean, Dr. Alberto Minoletti y cols.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de normas técnicas en clínica y Salud Mental.</li> <li>- Revisión y actualización de políticas del alcohol (1997-98).</li> <li>- Plan de Asistencia Psiquiátrica para Chile (1998).</li> <li>- Impulsa desarrollo de la Reforma Psiquiátrica a nivel nacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En 1990 se amplía el personal de la Unidad de Salud Mental y se mejoran, ostensiblemente, su calidad y capacidad técnica.</li> </ul>
3. Universidad de Concepción. Dr. Benjamín Vicente y cols.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de Investigaciones Epidemiológicas para Chile. <i>Rev. Psiquiatría</i>. XI: 4, 1994 (número monográfico).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualiza metodología internacional en epidemiología psiquiátrica.</li> <li>- Junto a Servicios de Salud de la VIII Región crea importante polo de desarrollo en Salud Mental.</li> <li>- Organiza Primer Congreso Mundial de la Federación de Salud Mental, 3 al 10 de septiembre de 1999.</li> </ul>

Se aprecia la entrada en la escena nacional de la Salud Mental, de tres actores muy importantes: el gobierno, Ministro del Interior preside el CONACE, Consejo Nacional de Control de Estupefacientes, con Ministros de Relaciones Exteriores, Defensa, Hacienda, Justicia, Educación, Salud y Secretaría General de Gobierno. Representantes de Ejército, Armada, Fuerza Aérea y Carabineros, Director de Policía de Investigaciones y Subsecretario del Interior, y dos Consejeros de libre elección designados por el Presidente de la República. El CONACE aporta recursos propios a su labor, pero aún estamos muy lejos de los fondos necesarios para un Programa Nacional de Salud Mental, aplicando la Reforma Psiquiátrica.

La Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud ha cumplido como grupo de trabajo, una importante labor normativa a nivel nacional, superando su condición precaria desde 1952, de contar con un simple asesor del Ministro. Los documentos acerca del Plan de Atención Psiquiátrica para Chile y de la Estrategia para implementarlo (1998) consolidan una concepción precisa de la Reforma Psiquiátrica en Chile, basada en una política de salud del Ministerio. El aporte de la Universidad de Concepción, desde 1990, es vital para la planificación, desarrollo y evaluación de la Reforma, aplicando metodología epidemiológica de tercera generación, comparable con la de países desarrollados.

La Universidad de Chile ha realizado, con metodología similar análisis epidemiológicos de Salud Mental en Atención Primaria de Salud, en Santiago.

## V. SINTESIS DE ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LA REFORMA EN CHILE

- a) Es precedida, con un promedio de 8,7 años, por una Reforma Temática aplicada a los problemas de alcohol, proporcionando, a diferencia con otros países, una base más sólida para el desarrollo futuro del Control y Prevención de la Drogadicción y, en general, de la Patología Social (maltrato infantil, violencia familiar, delincuencia infanto-juvenil, etc.)
- b) La Reforma se inicia en la Universidad de Chile, y la acompaña durante el trayecto hasta hoy, sumándose la Universidad de Concepción desde 1990.
- c) Elemento central del cambio en la Reforma chilena es el efecto de demostración; señalar

la magnitud del problema, crear servicios modernos a nivel profesional e intracomunitario, etc. La dimensión legal como agente de cambio no juega ningún papel, a diferencia de la Ley Kennedy en Estados Unidos de Norteamérica; la Ley Basaglia, en Italia; o las leyes ad hoc de la Reforma española de Andalucía.

- d) Un factor importante ha jugado la formación de personal, especialmente en el postítulo, en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Sur, de la Universidad de Chile, media jornada semanal, en terreno, por tres años en becados de adultos, asignatura Salud Mental, sumándose luego la de Concepción. Los dos jefes de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, 1990-2000, se formaron en el Departamento de Campus Sur entre 1968 y 1973.
- e) Un rasgo destacado de la Reforma chilena es su propia existencia en circunstancias que sólo el 1,2% del presupuesto de Salud se asigna a Salud Mental. Como dato comparativo, Inglaterra asigna un 15%.
- f) Una característica singular es la interrupción casi total de la Reforma durante 17 años (6), casi un tercio de los 58 años revisados (1942-2000), no sólo retardando el proceso, sino creando nuevos problemas de Salud Mental, secuelas de la violencia institucionalizada.
- g) Se apoya en tres estudios sobre costo económico, que sólo para los problemas del alcohol en 1970 sumaron mil millones de dólares al año; en 1981, dos mil millones y, en 1988, tres mil millones anuales (5).

Lo probable, respecto a costo económico global, es que una parte sustancial del aumento de costos se deba a perfeccionamiento de indicadores y la metodología para evaluarlos. Las nuevas políticas del alcohol auspiciadas por la OMS Europa (7, 8) plantean la medición de costos de los programas eficaces y de menor costo, para corregir los problemas del alcohol. Desde 1957 la respuesta chilena a los problemas del alcohol se ha centrado en la creación de la red oficial y de autoayuda de tratamiento preventivo. Cuando esta política logra una cobertura masiva superior al 25% de la población afectada, como ocurrió en Ontario, Canadá, entre 1975 y 1993, se logró reducir en un 19% el consumo per cápita de alcohol, y bajar, en un promedio de 50% las tasas de hospitalizaciones por alcohol, mortalidad por cirrosis, arrestos por manejo con alcohol, y de mortalidad, por accidentes, de conductores con alcohol. La priori-

dad en eficacia de las nuevas políticas: subir el precio del alcohol, disminuir la disponibilidad, aplicar contramedidas rigurosas al manejo con alcohol, tratamiento-prevención masivas y acción global comunitaria deja en el cuarto lugar la terapia masiva, la cual debe asociarse con las otras políticas.

Una vez más constatamos que la reforma temática y los problemas del alcohol señalan el futuro de la investigación de salud pública a un alto nivel, de los problemas generales de Salud Mental.

## REFERENCIAS

1. Marcomi, J 1998. *Del asilo a la comunidad 50 años de Psiquiatría Chilena. 1948-1998* Por publicarse. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur
2. Smart, R ; Maan, R. 1995 "Treatment, health promotion and alcohol controls and the decrease of alcohol consumption and problems in Ontario: 1975-1993". *Alcohol and Alcoholism* 30: 377.
3. Marcomi, J. 1999. *La nueva política del alcohol y los programas comunitarios en Chile*. Por publicarse, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur.
4. Marcomi, J. 1976. "Política de Salud Mental en América Latina". *Acta Psiqu. Psicol. Amér. Lat.* XXI. 112-130
5. CIADE. "Impacto Económico del Uso del Alcohol en Chile: Informe Final". 1998 Facultad de Ciencias Económicas, U. de Chile, mimeografiado, abril.
6. Marcomi, J. 1990. "Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana" R. D. Alarcón, Editor. Siglo XXI. México
7. Edwards, G.; Anderson, P., Babor, T *et al* 1994. *Alcohol Policy and the Public Good* Oxford University Press. Oxford.
8. Godfrey, C.; Magnard, A. 1995. "Evaluación económica de políticas del alcohol", en: *Alcohol and Public Policy Evidence and Issues*. Holder, H.; Edwards, G Editores. Oxford University Press. Oxford