

Factores asociados al Alta Terapéutica del Tratamiento de Drogas en Población Penal Chilena.

Gonzalo Soto-Brandt, Psicólogo, MPH; Daniela Luengo-Aravena, Economista, M.Econ.

RESUMEN

La población penal en Chile ha tenido un aumento en la última década mayor al aumento de la población penal mundial en el mismo periodo. Las personas privadas de libertad con consumo de drogas y alcohol también han ido en aumento y se ha demostrado que sus prevalencias son mayores que en la población general.

Por lo anterior, es importante contar con programas de tratamiento efectivos en la población penal, así como conocer los factores asociados que puedan predecir los logros de dicho tratamiento.

Los resultados muestran que las variables significativas asociadas al alta terapéutica fueron: tener una mayor edad, haber participado de alguna organización religiosa, haber aprendido un oficio y haber recibido la visita de los familiares.

El presente boletín muestra que existen algunas variables asociadas al alta terapéutica que pueden ser de utilidad en la planificación del tratamiento desarrollado por los equipos. Es importante continuar investigando no sólo las variables analizadas sino también otras que pudieran ayudar a mejorar los logros terapéuticos.

Introducción

Entre los años 2005 y 2011 la población penal mundial se incrementó en un 12%, pasando de nueve a diez millones de personas (ICPS, 2005, 2011). En Chile, la población penal ha tenido un incremento mayor en el mismo periodo, pasando de 64.252 personas en promedio el año 2005 a más de 105.000 el año 2011, lo que corresponde a un alza del 63,4% (CBCN, 2012; ICPS, 2005, 2011). No obstante lo anterior, desde el año 2011 en adelante la población penal en Chile ha descendido a 97.022 personas (GENCHI, 2013).

En Chile la población penal es atendida y vigilada por Gendarmería de Chile (GENCHI) y está compuesta por tres subsistemas; cerrado, abierto y semiabierto. El subsistema cerrado corresponde a todas aquellas personas internas privadas de libertad, el sistema abierto corresponde a todos los condenados a medidas alternativas con beneficios de reinserción o con apremios, y el sistema semiabierto corresponde a aquellos condenados

privados de libertad que cumplen su condena accediendo a actividades de capacitación y trabajo remunerado (GENCHI, 2013).

Con respecto a la población penal con trastornos por consumo de alcohol y drogas, en el caso de Estados Unidos ésta ha aumentado en los últimos años, llegando a un 70% de la población penal total (SHAMSA, 2005), de los cuales el 40% son personas con necesidades de tratamiento (Belenko & Peugh, 2005).

En Chile las prevalencias de consumo de sustancias en la población penal son mayores que las observadas en la población general. Por ejemplo, la prevalencia mes de cocaína total (cocaína y/o pasta base) en población general de 12 a 24 años fue de 0.9% (SENDA, 2011), mientras que en la población penal (año 2007) fue del 42%. En el estudio de detenidos en comisarías de la Región Metropolitana (I-ADAM) del año 2012, la prevalencia mes de consumo de cocaína alcanzó el 34,7% y para pasta base el 30,3% (I-ADAM, 2012). Respecto a las personas con probable abuso de cocaína total (cocaína y/o pasta base), el 37,3% de los prevalentes de último año en población general

Método.

Diseño

Para el presente boletín se utilizaron datos preliminares del Estudio de Seguimiento de Beneficiarios del Programa Tratamiento y Rehabilitación en Población Penal Adulta para la Evaluación de Resultados. La base de datos es longitudinal con diseño de panel, es decir, se hace el seguimiento de una cohorte de personas en tratamiento por consumo de drogas.

Muestra y población

Para la presente investigación se consideraron a todos los sujetos que estaban en el programa de tratamiento en el momento de la aplicación, y que cumplían con los siguientes criterios: (i) que estuviesen asistiendo normalmente al programa, es decir, que no lo hubiesen abandonado, egresado por alta disciplinaria o por salida del penal, (ii) hubiesen ingresado al programa dentro de un período no mayor a 60 días y, (iii) estuviesen en condiciones físicas y mentales de responder a las preguntas planteadas. De acuerdo a la anterior, la muestra quedó conformada por 192 personas que fueron usuarias del programa de tratamiento de drogas en la población penal de Gendarmería de Chile entre los años 2008 y 2012.

La Tabla 1 describe el diseño longitudinal de los datos. Por ejemplo, se observa que el año 2008 se encuestó por primera vez a 68 personas (línea base 2008). Luego, 12 meses más tarde (en el año 2009), se logró encuestar a 56 individuos provenientes de la línea base del 2008, pero adicionalmente se integraron 83 sujetos al estudio (línea base 2009). En 2010 se entrevistó a 33 personas provenientes de la línea base del año 2008, a 32 de la línea base del año 2009 y se adicionaron al estudio 41 nuevos casos. De esta forma, la línea base quedó compuesta por 192 personas, 111 individuos tienen una segunda medición en el tiempo, 77 una tercera y 34 una cuarta. Cabe mencionar que el año 2011 no se realizó el seguimiento y que el estudio terminó en el año 2012.

Tabla 1. Número de casos por año de la primera encuesta y cohorte de tratamiento

Año Primera Encuesta	Cohorte de tratamiento				
	Línea base	12 meses	24 meses	36 meses	48 meses
2008	2008 n = 68	2009 n = 56	2010 n = 33	2011 n = 0	2012 n = 34
2009	2009 n = 83	2010 n = 32	2011 n = 0	2012 n = 44	
2010	2010 n = 41	2011 n = 0	2012 n = 23		
Total	n = 192	n = 88	n = 56	n = 44	n = 34

presentó uno o más criterios (según DSM-IV), mientras que en la población penal fue del 57% (24% de la muestra total del estudio) y en detenidos en comisarías fue 27,1%. En relación con el consumo de marihuana en población general, el 16,6% de prevalentes año presentó probable abuso de esta droga, mientras que en la población penal fue del 27%, y en el caso de detenidos fue del 34,7% (CONACE, 2008; I-ADAM, 2012; SENDA, 2011).

Debido al alto consumo de sustancias en las personas detenidas y en población penal, en muchos países se han desarrollado programas de tratamiento de drogas dentro de los recintos penales. En diversos estudios estos programas han demostrado ser efectivos en cuanto al tratamiento de la drogodependencia, disminuir las recaídas y disminuir el riesgo de reincidir en la comisión de delitos (Jensen & Kane, 2012; Trucco, Larraín S, & Campusano, 1979; Zanis, Coviello, Lloyd, & Nazar, 2009).

Dentro de los factores que pueden predecir el logro en el tratamiento de drogas en la población penal está el no haber consumido drogas duras previo al ingreso al tratamiento (Zanis, et al., 2009), la edad del paciente, esto es que a mayor edad mayor probabilidad de completar el tratamiento (Saum, Scarpitti, & Robbins, 2001), la motivación al cambio al inicio del tratamiento, el apoyo de pares y las características del programa (Saum, et al., 2001; Welsh & McGrain, 2008).

Otros predictores significativos para completar exitosamente el tratamiento de drogas en centros penales de Estados Unidos, ha sido tener bajos puntaje en una escala de satisfacción y calidad de vida (LSI-R), específicamente en el ítem de hostilidad y violencia. Las personas con bajos puntajes en esa área tienen mayores probabilidades de comprometerse y llevar a término su tratamiento (Houser, Salvatore, & Welsh, 2012). También se ha demostrado que para que la población penal pueda mantener los logros en el tiempo, ya sea para mantener la abstinencia, prevenir las recaídas y reducir los riesgos de reincidencia, es importante intensificar la adherencia del usuario a las actividades de seguimiento, una vez que éste haya salido en libertad (Mitchell, Wilson, & MacKenzie, 2006; Wexler, Melnick, Lowe, & Peters, 1999).

El presente boletín tiene como objetivo indagar en los factores asociados al alta terapéutica de las personas en tratamiento por drogas del ámbito penal, esto en base a los datos entregados en el Estudio de Seguimiento de Beneficiarios del Programa Tratamiento y Rehabilitación en Población Penal Adulta para la Evaluación de Resultados, realizado por Gendarmería de Chile y SENDA, y ejecutado por el Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana (CESC) de la Universidad de Chile (GENCHI-SENDA-CESC, 2012).

*A modo de ejemplo se muestra con el mismo color todos los individuos pertenecientes a un mismo año de encuesta. Se muestran en color gris los cuadros que no aplican en este caso, porque en el año 2011 no se realiza el estudio. Éste finaliza en 2012.

Los individuos estudiados estaban cumpliendo sus condenas en el medio cerrado (privados de libertad) o en el medio abierto con medidas alternativas. Las modalidades de tratamiento contempladas fueron el tratamiento residencial y tratamiento ambulatorio en Centros de Cumplimiento Penitenciario (CCP), Centros de Reinserción Social (CRS) y Centros Penitenciarios Femeninos (CPF) de 11 unidades penales del país, que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 2. Centros penitenciarios incluidos en el estudio

Centros	Total
CCP Arica	39
CCP Iquique	22
CPF Antofagasta	20
CCP Antofagasta	8
CRS Antofagasta	7
CCP Colina	13
CPF Santiago	18
CRS Santiago	20
CCP Valparaíso	11
CCP Talca	23

Instrumentos

Los instrumentos utilizados corresponden a un cuestionario demográfico, de contexto y caracterización de los participantes, este último aplicado solo en la línea base.

Consecutivamente, en todas las mediciones se aplicaron los siguientes cuestionarios:

- Salud General: Goldberg Health Questionnaire, donde un mayor puntaje indica mayores problemas de salud general percibidos (Trucco, Larraín, & Campusano, 1979).
- Funcionalidad Familiar APGAR, donde un mayor puntaje indica un mayor funcionamiento familiar percibido, validado en Chile por Maddaleno (1993).
- Apoyo Social: MOS, donde una mayor puntuación implica un mayor apoyo percibido (Sherbourne & Stewart, 1991).
- Motivación al cambio: URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale), donde un mayor puntaje indica una mayor disposición al cambio (Pantalón, Nich, Frankforter, & Carroll, 2002).
- Autoestima: Rosenberg Self Steem Escala, donde un mayor puntaje indica una mayor autoestima percibida (Rojas-Barahona, Zegers P, & Förster M, 2009).

Seguimiento

El seguimiento de la cohorte se realizó con el consentimiento de los participantes y todos ellos

estuvieron inicialmente en tratamiento. La primera medición (línea base) se realizó durante los 3 primeros meses de tratamiento, posteriormente 12 meses después se efectuó la segunda medición, tanto en los establecimientos penitenciarios como en los domicilios de las personas ya en libertad, independiente de si ya habían egresado del programa de tratamiento. Las siguientes mediciones de los 24, 36 y 48 meses fueron realizadas en las mismas condiciones.

Análisis

En base a la información del Estudio de Seguimiento de Beneficiarios del Programa Tratamiento y Rehabilitación en Población Penal Adulta para la Evaluación de Resultados, se estimaron las variables asociadas al alta terapéutica de las personas en tratamiento por drogas en los centros penales.

Primero se realizaron análisis bivariados con regresiones logísticas para indagar los factores asociados al alta de los pacientes. La situación de alta o abandono fue considerada como variable dependiente para cada uno de los análisis.

En segundo lugar se realizó un análisis multivariado, en base a una regresión logística e incluyendo la primera medición de los participantes (línea base). Si bien estos dos análisis pueden dar alguna evidencia de cómo afectan ciertas variables de interés (las cuales sólo fueron medidas en la línea base) a la probabilidad de alta del individuo, no toman en consideración la información adicional que entrega la estructura longitudinal de los datos. Para ello se realizó un tercer análisis multivariado a través de una regresión multinivel, con mediciones en el tiempo agrupadas en individuos, lo cual permitió tomar en consideración todas las mediciones en los distintos puntos del tiempo.

Variables

Todos los análisis consideran como variable dependiente el alta terapéutica (0=no dados de alta, 1=logro del alta). Cabe destacar que entre aquellas personas que abandonaron el tratamiento también están incluidos los desvinculados por razones administrativas. No se incluyen a personas derivadas, por cuanto se consideran en tratamiento, y tampoco se incluyen las personas fallecidas. Las variables independientes incluidas en los análisis fueron:

- Edad
- Sexo (1=Hombre, 0=Mujer)
- Modalidad de tratamiento (0=Ambulatorio, 1=Residencial)
- Escolaridad
- Número de veces condenado
- Problemas de drogas de la madre
- Vivía con sus hijos

- Puntaje Cuestionario Goldberg Health Questionnaire (Salud General)
- Puntaje Cuestionario de Funcionamiento Familiar APGAR
- Puntaje Cuestionario de Apoyo Social MOS
- Puntaje Cuestionario de Motivación al Cambio URICA
- Puntaje Cuestionario de autoestima Rosenberg
- Prevalencias de consumo de sustancias (0=No, 1=Si)
- o Prevalencia alcohol año
- o Prevalencia marihuana año
- o Prevalencia cocaína año
- o Prevalencia pasta base año
- Algunas variables del contexto del tratamiento (0=No, 1=Si):
- o Participación religiosa
- o Ha logrado aprender un oficio
- o Es visitado por familiares

Resultados.

El promedio de edad de las personas fue de 28 años, con una desviación típica de 6,9. La tasa de pérdida promedio de casos en el seguimiento fue de 41%.

Los participantes totales del estudio (línea base) y su situación de alta se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 3. Descripción de las variables estudiadas entre los participantes totales y según resultado del tratamiento.

	Participantes Totales (N=192)		No dados de alta (N=156)		Dados de alta (N=36)	
	N	%	N	%	N	%
Género						
Hombre	113	58,9	87	55,8	26	72,2
Mujer	79	41,1	69	44,2	10	27,8
Edad						
18-24 años	72	37,5	59	37,8	13	36,1
25-34 años	82	42,7	67	42,9	15	41,7
35 o más años	38	19,8	30	19,2	8	22,2
Estado civil						
Soltero	143	74,5	121	77,6	22	61,1
Casado	24	12,5	19	12,2	5	13,9
Conviviente	16	8,3	9	5,8	7	19,4
Separado/anulado	9	4,7	7	4,5	2	5,6
Participación religiosa						
Sí	75	39,1	58	37,2	17	47,2
No	117	60,9	98	62,8	19	52,8
Vivía con hijos						
Sí	74	38,5	65	41,7	9	25,0
No	99	51,6	74	47,4	25	69,4
No contesta	19	9,9	17	10,9	2	5,6
Problemas de droga de la madre						
Sí	90	46,9	72	46,2	18	50,0
No	83	43,2	67	42,9	16	44,4
No contesta	19	9,9	17	10,9	2	5,6
Escolaridad						
Enseñanza básica	83	43,2	67	42,9	16	44,4
Enseñanza media	100	52,1	81	51,9	19	52,8
Estudios superiores	9	4,7	8	5,1	1	2,8
Visitado y apoyado por familia						
Sí	152	79,2	120	76,9	32	88,9
No	37	19,3	34	21,8	3	8,3
No contesta	3	1,6	2	1,3	1	2,8
Aprendió un oficio						
Sí	117	60,94	92	52,97	25	69,44
No	75	39,06	64	41,03	11	30,56

La Tabla 3 muestra una mayor proporción de altas en los hombres, los participantes entre 25 y 34 años de edad, los solteros, quienes reciben visitas de familiares y no vivían con sus hijos.

Tabla 4. Prevalencias consumo sustancias (Línea Base) entre los participantes totales y según resultado del tratamiento

	Participantes Totales (N=192)		No dados de alta (N=156)		Dados de alta (N=36)	
	N	%	N	%	N	%
Alcohol Año						
Sí	72	37,5	56	35,9	16	44,4
No	100	52,1	80	51,3	20	55,6
No contesta	20	10,4	20	12,8	0	0,0
Marihuana Año						
Sí	101	52,6	81	51,9	20	55,6
No	58	30,2	45	28,8	13	36,1
No contesta	33	17,2	30	19,2	3	8,3
Cocaína Año						
Sí	41	21,4	32	20,5	9	25,0
No	77	40,1	61	39,1	16	44,4
No contesta	74	38,5	63	40,4	11	30,6
Pasta Base Año						
Sí	73	38,0	64	41,0	9	25,0
No	75	39,1	59	37,8	16	44,4
No contesta	44	22,9	33	21,2	11	30,6

En la Tabla 4 se muestra que la prevalencia de consumo en el último año (medida en la línea base) de alcohol, marihuana y cocaína fue menor en las personas que no lograron el alta, mientras que en este mismo grupo la prevalencia de último año de pasta base fue mayor.

Tabla 5. Variación en del puntajes de escalas incluidas en el estudio

Escalas	Línea base		12 meses		24 meses		36 meses		48 meses	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Motivación al cambio										
Total	11,4	1,6	10,7	1,8	9,1	2,3	8,6	2,1	9,3	2,2
No dados de alta	11,4	1,6	10,7	1,8	9,0	2,4	8,5	2,2	9,6	2,2
Alta	11,3	1,5	10,6	1,7	9,4	2,1	9,0	2,0	9,1	2,3
Salud general										
Total	48,5	13,6	44,7	15,0	46,6	16,5	47,3	15,6	42,3	11,6
No dados de alta	48,6	13,9	45,6	15,7	47,7	16,8	47,7	16,0	42,5	9,2
Alta	48,0	12,2	42,4	13,0	44,0	16,0	46,0	15,0	42,0	14,5
Funcionamiento familiar										
Total	49,4	15,6	49,1	15,9	52,9	15,3	51,9	14,2	52,9	11,9
No dados de alta	49,2	16,1	46,4	17,0	50,0	16,3	52,1	14,8	54,6	11,3
Alta	50,3	13,3	55,9	10,3	59,5	10,2	51,4	13,1	50,7	12,7
Apoyo social										
Total	78,3	19,2	83,1	16,2	78,2	20,0	76,0	19,5	75,0	15,7
No dados de alta	78,3	19,3	84,6	15,7	76,7	21,0	75,9	21,1	78,7	13,0
Alta	77,9	18,8	80,3	17,3	81,5	17,9	76,5	14,5	70,3	18,0
Autoestima										
Total	22,2	4,3	22,5	4,9	21,0	5,4	20,9	4,9	21,8	4,0
No dados de alta	22,2	4,5	22,2	5,2	21,0	5,4	20,9	5,2	21,9	3,9
Alta	22,2	3,6	23,2	4,2	21,2	5,5	21,1	4,3	21,7	4,3

DE: Desviación Estándar.

La Tabla 5 muestra los puntajes de cada escala según el momento de medición. Los puntajes de la escala de motivación al cambio disminuyen en las mediciones posteriores a la línea base, tanto para las personas que logran el alta como para las que no lo logran.

Las escalas de motivación al cambio, autoestima, funcionamiento familiar, salud general y apoyo social, muestran mejores puntajes entre las personas que lograron el alta, con excepción de la última medición de los 48 meses en las escalas de

apoyo social, motivación al cambio y funcionamiento familiar.

Análisis bivariado

La estimación realizada con las variables medidas en la línea base, mostró que las probabilidades de lograr el alta son dos veces mayores entre los hombres que entre las mujeres.

En relación a las variables de edad, tipo de centro de reclusión, modalidad de tratamiento, haber aprendido algún oficio, haber recibido la visita de familiares y haber participado en actividades religiosas, no se asociaron al alta terapéutica.

Análisis multivariado e inferencial

Tabla 6. Asociación entre resultado de tratamiento y variables estudiadas: análisis transversal de la línea base con regresión logística múltiple

VARIABLES	Coefficiente β	Odds Ratio	Error Estándar
Edad	0,02	1,02	0,03
Sexo	-0,31	0,96	0,58
Modalidad de tratamiento	-0,02	0,97	0,47
Prevalencia alcohol año	0,39	1,48	0,54
Prevalencia marihuana año	-0,07	0,92	0,52
Prevalencia cocaína año	1,27	3,58*	0,69
Prevalencia pasta base año	-1,35	0,25**	0,67
Problemas de drogas de la madre	-2,24	0,10*	1,14
Vivía con su hijos	-0,64	0,52	0,53
Participa organización religiosa	1,00	2,73**	0,50
Número de veces condenado	-0,15	0,85	0,12
Aprendió un oficio	0,73	2,07	0,54
Fue visitado por familiares	0,49	1,63	0,70
Escala Motivación al Cambio	0,01	1,00	0,14
Escala Salud General	-0,01	0,99	0,02
Escala Funcionamiento Familiar	0,04	1,04	0,09
Escala Apoyo Social	-0,01	0,99	0,01
Escala Autoestima	-0,07	0,93	0,06

Nota: * $p < 0.10$ ** $p < 0.05$. *** $p < 0.001$

Como se muestra en la Tabla N° 6, las variables asociadas al alta terapéutica fueron la prevalencia consumo de cocaína ($p < 0.10$) y pasta base ($p < 0,05$), haber participado de una organización religiosa ($p < 0,05$) y que la madre del usuario no haya tenido problemas de drogas ($p < 0.10$). Por otro lado, el consumo de cocaína aumentaría en tres veces la probabilidad de lograr el alta, mientras que el consumo de pasta base reduciría dichas probabilidades. El resto de las variables no demostraron asociación significativa.

Tabla 7. Asociación entre resultado de tratamiento y variables estudiadas: análisis longitudinal con modelo logístico de efectos mixtos

VARIABLES	Coefficiente β	Odds Ratio	Error Estándar
Edad	0,08	1,08**	0,03
Sexo	0,46	1,59	0,52
Modalidad de tratamiento	-0,82	0,44	0,47
Prevalencia alcohol año	0,80	2,23	0,52
Prevalencia marihuana año	-1,08	0,33*	0,53
Prevalencia cocaína año	-0,45	0,63	0,84
Prevalencia pasta base año	-1,04	0,35	0,69
Problemas de drogas de la madre	-16,32	0,19	1,18
Vivía con su hijos	-0,58	0,55	0,54
Participa organización religiosa	0,65	1,92	0,45
Número de veces condenado	0,04	1,04	0,09
Aprendió un oficio	0,95	2,59*	0,50
Fue visitado por familiares	1,65	5,02*	0,69
Escala Motivación al Cambio	-0,23	0,78*	0,10
Escala Salud General	-0,02	0,99	0,01
Escala Funcionamiento Familiar	0,09	1,10	0,08
Escala Apoyo Social	-0,02	0,97*	0,01
Escala Autoestima	-0,10	0,89	0,05

La Tabla 7 muestra que longitudinalmente hay un 8% de mayores probabilidades de lograr el alta si la edad se incrementa en un año ($p < 0.05$), dos veces más de probabilidades de lograr el alta si la persona participa de alguna organización religiosa ($p < 0.10$), casi tres veces más de posibilidades si aprendió algún oficio, cinco veces más de probabilidades si fue visitado por familiares y un mayor puntaje en la escala de motivación al cambio disminuye en un 22% las probabilidades de lograr el alta, al igual que la escala MOS en un 3%. Por último, el consumo de marihuana reduciría las probabilidades de lograr el alta terapéutica.

Discusión.

Algunos resultados concuerdan con estudios realizados en otros países en población penal con tratamiento por drogas y alcohol, por ejemplo, en el análisis longitudinal las personas que tienen una mayor edad tienen más posibilidades de lograr el alta (Saum, et al., 2001).

En el análisis bivariado destaca la diferencia significativa de género entre las personas que lograron el alta, donde los hombres tienen la mayor probabilidad de lograrlo, lo que requiere mayores investigaciones en el futuro.

Entre las variables asociadas al alta que muestra el análisis multivariado transversal, destaca la importancia de que el usuario haya participado de alguna organización religiosa y que la madre no haya tenido problemas de drogas. Por otro lado, el consumo de pasta base reduce las probabilidades de lograr el alta, al contrario del consumo de cocaína que estaría asociado a una mayor probabilidad de lograr el alta. Esto último podría explicarse al considerar que la dependencia entre los consumidores de pasta base es más intensa que en

los consumidores de cocaína, lo que requiere una mayor investigación.

Por otro lado, el análisis longitudinal destaca también la importancia de aprender un oficio como variable asociada al alta terapéutica, participar de alguna organización religiosa, recibir la visita de familiares y tener una mayor edad.

Con respecto a las escalas utilizadas en las etapas de seguimiento, dos de éstas fueron significativas: la Escala de Apoyo Social (MOS) y la Escala de Motivación al Cambio (URICA). Ambas escalas muestran una relación paradójica, por cuanto un menor puntaje en la escala (que indica un estado de menor motivación al cambio), aumenta las probabilidades de lograr el alta. No obstante, al revisar los resultados descriptivos, quienes abandonaron el tratamiento también tienen puntajes incluso menores que quienes lograron el alta. Ambos resultados de las escalas instan a investigar en el futuro las cualidades psicométricas de las mismas.

Por último, el logro del alta no es el único indicador para medir los logros de los usuarios de un tratamiento de drogas. Hay una multiplicidad de indicadores utilizados, entre los cuales es posible mencionar: la reducción de la frecuencia o intensidad del consumo, la abstinencia del consumo, la calidad de vida, el bienestar psicológico y/o físico, la reincorporación al trabajo o el sistema educacional, entre otros. Sin embargo, la mayoría de estos indicadores tienen bajas correlaciones con la mantención del logro terapéutico, por lo cual es difícil asegurar que un indicador sea mejor que otro (GENCHI-SENDA-CESC, 2012).

Una limitación del estudio tiene relación con la alta tasa de pérdida. De la línea base de 192 personas hubo un 41% de personas inubicables y de las cuales no se obtuvo información. Por otro lado, al término del presente boletín la base de datos utilizada aún está siendo analizada.

Conclusiones.

En el presente boletín se muestran algunas variables asociadas al alta terapéutica que pueden ser de utilidad en la planificación del plan de tratamiento desarrollado por los equipos. Es importante continuar con el estudio de los predictores del alta terapéutica, perfeccionando los protocolos de seguimiento de pacientes e indagando en otros factores que pudieran estar mediando en las relaciones observadas.

Referencias.

Belenko, S., & Peugh, J. (2005). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug Alcohol Depend*, 77(3), 269-281.

CBCN (2012). Evolución Población Penal en Chile, últimos 10 años Santiago: Informe Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

CONACE (2008). Consumo problemático de drogas, Tratamiento en personas que han cometido delitos: Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Ministerio del Interior, Gobierno de Chile.

GENCHI-SENDA-CESC. (2012). Estudio de Seguimiento de Beneficiarios del Programa Tratamiento y Rehabilitación en Población Penal Adulta para la Evaluación de Resultados. Santiago: Gendarmería de Chile (GENCHI), Servicio Nacional para la Prevención y Consumo de Drogas y Alcohol y Centro Estudios Seguridad Ciudadana, Universidad de Chile.

GENCHI (2013). Estadísticas de la población penal. Gendarmería de Chile. Retrieved 25-04-2013, from <http://www.gendarmeria.gob.cl/>

Houser, K. A., Salvatore, C., & Welsh, W. N. (2012). Individual-Level Predictors of Community Aftercare Completion. *The Prison Journal*, 92(1), 106-124.

I-ADAM (2012). Consumo de Drogas en Detenidos: Estudio I-ADAM Santiago: Fundación Paz Ciudadana - Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Gobierno de Chile.

ICPS (2005). World Prison Population List (sixth edition). London International Centre for Prison Studies.

ICPS. (2011). World Prison Population List (ninth edition). London International Centre for Prison Studies.

Jensen, E., & Kane, S. (2012). The Effects of Therapeutic Community on Recidivism up to Four Years After Release from Prison: A Multisite Study. *Criminal Justice and Behavior*, 39(8), 1075-1087.

Mitchell, O., Wilson, D., & MacKenzie, D. L. (2006). The Effectiveness of Incarceration-Based Drug Treatment on Criminal Behavior: A Systematic Review, (11).

Pantalon, M. V., Nich, C., Frankforter, T., & Carroll, K. M. (2002). The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychol Addict Behav*, 16(4), 299-307.

Rojas-Barahona, C. A., Zegers P, B., & Förster M, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137, 791-800.

Saum, C. A., Scarpitti, F. R., & Robbins, C. A. (2001). Violent Offenders in Drug Court. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 107-128.

SENDA (2011). *Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*. Santiago: Observatorio Chileno de Drogas, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Gobierno de Chile.

SHAMSA (2005). *Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32(6), 705-714.

Trucco, M., Larraín, S., & Campusano, M. (1979). Estudio de un Cuestionario para Detectar Desórdenes Emocionales: Validación Preliminar. *Rev Chilena de Neuropsiquiatría* 17:20-26

Welsh, W. N., & McGrain, P. N. (2008). Predictors of Therapeutic Engagement in Prison-based Drug Treatment. *Drug Alcohol Depend*, 96(3), 271-280.

Wexler, H., Melnick, G., Lowe, L., & Peters, J. (1999). Three-Year Reincarceration Outcomes for Amity In-Prison Therapeutic Community and Aftercare in California. *The Prison Journal*, 79(3), 321-336.

Zanis, D. A., Coviello, D. M., Lloyd, J. J., & Nazar, B. L. (2009). Predictors of Drug Treatment Completion Among Parole Violators. *J Psychoactive Drugs*, 41(2), 173-180.