



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



CENTRO DE ESTUDIOS
JUSTICIA & SOCIEDAD

EVALUACIÓN DE LOS
RESULTADOS DE LOS
PROGRAMAS DE
TRATAMIENTO EN CHILE

20 abril 2023 - Buenos Aires

Pablo Carvacho
Director Investigación y Desarrollo
Centro Justicia y Sociedad
Instituto de Sociología, PUC

C O N T E N I D O S

1. CONTEXTO
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIONES
4. CONSUMO
5. SALUD MENTAL
6. SALUD FÍSICA
7. TRANSGRESIÓN DE NORMAS
8. PARTICIPACIÓN SOCIOECONÓMICA
9. REDES DE APOYO
10. PARTICIPACIÓN EN GRUPOS PROSOCIALES
11. CALIDAD DE VIDA
12. CONCLUSIONES

1. CONTEXTO
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIONES
4. CONSUMO
5. SALUD MENTAL
6. SALUD FÍSICA
7. TRANSGRESIÓN DE
NORMAS
8. PARTICIPACIÓN
SOCIOECONÓMICA
9. REDES DE APOYO
10. PARTICIPACIÓN EN
GRUPOS PROSOCIALES
11. CALIDAD DE VIDA
12. CONCLUSIONES

- Investigación más grande convocada por **DIPRES** del Ministerio de Hacienda de Chile para realizar una Evaluación de los resultados de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación de **SENDA**
- **Objetivo general:** Evaluar los resultados intermedios de los programas de tratamiento, rehabilitación e integración social en el período **2012-2017**.

Evaluación de diseño

Evaluación de uso de
recursos

Evaluación de resultados
a nivel de productos

Evaluación de resultados
a nivel de objetivos

1. CONTEXTO
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIONES
4. CONSUMO
5. SALUD MENTAL
6. SALUD FÍSICA
7. TRANSGRESIÓN DE NORMAS
8. PARTICIPACIÓN SOCIOECONÓMICA
9. REDES DE APOYO
10. PARTICIPACIÓN EN GRUPOS PROSOCIALES
11. CALIDAD DE VIDA
12. CONCLUSIONES

1. Evaluar los resultados de los programas de tratamiento y rehabilitación de drogas y alcohol
2. El objetivo fue realizar una **investigación longitudinal** en una cohorte de usuarios del tratamiento con 3 olas: una al inicio del tratamiento (3 meses), al egreso (12 meses) y post-tratamiento (18 meses).
3. Identificar los factores (intervención y participante) asociados a los resultados positivos.
→ ¿Cuál es la relación entre el estado del tratamiento y la recuperación de los usuarios?

Recuperación

- Consumo de alcohol y/o drogas
- Calidad de vida
- Salud física y mental
- Comportamiento delictivo
- Participación socioeconómica
- Vínculos con redes de apoyo
- Participación

¿Cómo varía la recuperación en función de?

- Modalidades de tratamiento (residencial y/o ambulatorio);
- Exposición al tratamiento
- Tipo de alta
- El patrón inicial de consumo de sustancias
- Otras características individuales

1. CONTEXTO
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIONES
4. CONSUMO
5. SALUD MENTAL
6. SALUD FÍSICA
7. TRANSGRESIÓN DE
NORMAS
8. PARTICIPACIÓN
SOCIOECONÓMICA
9. REDES DE APOYO
10. PARTICIPACIÓN EN
GRUPOS PROSOCIALES
11. CALIDAD DE VIDA
12. CONCLUSIONES

CONSUMO: Ser mayor (Simpson, Joe y Broome, 2002) y completar el proceso de tratamiento se asocia a mejores resultados terapéuticos (Hubbard, Craddock y Anderson, 2003). La abstinencia está relacionada con la calidad de las redes al inicio del tratamiento (Tracy & Biegel, 2006; Zywiak, Longabaugh, & Wirtz, 2002; Beattie & Longabaugh, 1999).

TRANSGRESIÓN DE NORMAS: Relación bien documentada (Bennett, Holloway, & Farrington, 2008; Goldstein, 1985). Cerca de 1/3 de los delitos cometidos por delincuentes adultos en Chile son atribuibles a la influencia del consumo de marihuana, cocaína o cocaína, y 50% cuando se agrega el alcohol (Valenzuela & Larroulet, 2010). Por último, los tratamientos ayudan a reducir la participación delictiva (Fernández-Hermida et al., 2002; Hubbard et al., 1997; Hubbard et al., 2003; Prendergast et al., 2002).

SALUD MENTAL: La comorbilidad psiquiátrica es un factor de riesgo asociado a los malos resultados del tratamiento. Asimismo, los trastornos relacionados con la hiperactividad/déficit de atención/impulsividad y la personalidad antisocial también dificultan el éxito terapéutico (Daly y Pelowski, 2000; Martínez-Raga y Szerman, 2015). Por último, el tratamiento es eficaz para reducir la gravedad de los trastornos psiquiátricos (Fernández-Montalva, 2008)

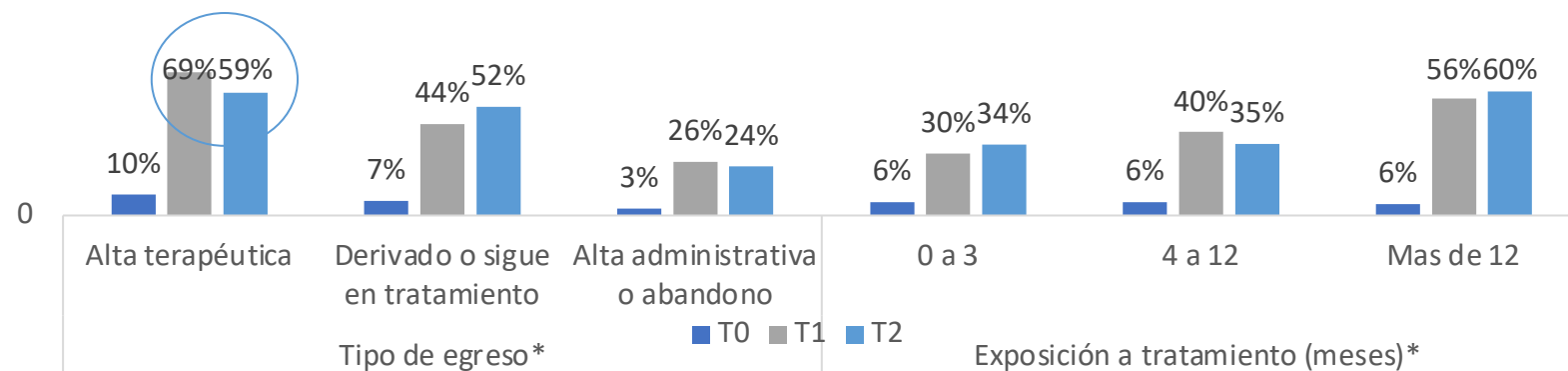
TRABAJO: El empleo estable es un factor de protección que permite obtener mejores resultados en el tratamiento, protege contra la recaída o el abandono del tratamiento y favorece la integración social (Hermalin, Steer, Platt y Metzger, 1990; Platt, 1995; ONUDD, 2008).

SALUD FÍSICA: el consumo de alcohol y/o drogas se asocia a muertes por sobredosis, accidentes y aumento del número de enfermedades (cardiopatías, VIH, infecciones, cáncer, entre otras) (Paulozzi, Weisler y Patkar, 2011), así como al uso de servicios de urgencias (Charpitel, 2003). Asimismo, se ha comprobado que el tratamiento mejora algunas de las limitaciones de salud para realizar tareas cotidianas (Hubbard et al., 1997).

REDES: Un factor clave asociado a resultados + en el tratamiento es el acceso a redes de apoyo que posibiliten el proceso de recuperación y ayuden a mantenerlo de forma sostenida en el tiempo (Bean & Nemitz, 2004; Williams et al. 2000). Así, los individuos con un buen funcionamiento familiar y amigos prosociales tienen más probabilidades de obtener mejores resultados en el tratamiento (Tracy & Biegel, 2006; Zywiak, Longabaugh, & Wirtz, 2002) ya que los individuos implicados en el mundo prosocial son más capaces de controlar el consumo (Murphy & Rosenbaum, 1997)

1. CONTEXTO
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIONES
4. CONSUMO
5. SALUD MENTAL
6. SALUD FÍSICA
7. TRANSGRESIÓN DE NORMAS
8. PARTICIPACIÓN SOCIOECONÓMICA
9. REDES DE APOYO
10. PARTICIPACIÓN EN GRUPOS PROSOCIALES
11. CALIDAD DE VIDA
12. CONCLUSIONES

Abstinencia



T0: El porcentaje de abstemios al inicio del estudio en este grupo era del 6%.

T1: El 37,3% se abstuvo de consumir alcohol y/o drogas en el último mes. (un aumento del 623,5% en este indicador)

T2: estabilidad en este indicador entre los 12 y los 18 meses, excepto en los egresados por alta terapéutica del tratamiento, entre los que se produjo una reducción de 10 puntos porcentuales (Del 69% al 59%)

Análisis multivariado

- El abandono o alta administrativa se asocia a una menor probabilidad de ser abstemio en T2 en comparación con el alta por alta terapéutica.
- Haber estado en un programa residencial, tener más edad y trabajar bajo supervisión se asociaron positivamente con la abstinencia mensual en la T2.

Frecuencia de uso

- **El 80,8%** declaró haber reducido la frecuencia de consumo de su sustancia principal entre T₀ y T₁ (223 de 276 personas que finalizaron el tratamiento).
- Esta disminución del consumo de la sustancia principal también es general, es decir, se produce en todos los tipos de altas y tipos de exposición al tratamiento.

Análisis multivariado

- El abandono o el alta administrativa se asocia a un aumento de la frecuencia de consumo de la sustancia principal en la T₂ en comparación con el alta terapéutica.
- Además, un aumento de un punto en el índice de calidad de la red se asocia con una disminución de 0,3 días en el consumo. Haber estado expuesto a tratamiento durante más de 12 meses se asocia a una disminución del consumo principal de sustancias en comparación con los expuestos durante tres meses o menos.

1. CONTEXTO
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIONES
4. CONSUMO
5. SALUD MENTAL
6. SALUD FÍSICA
7. TRANSGRESIÓN DE
NORMAS
8. PARTICIPACIÓN
SOCIOECONÓMICA
9. REDES DE APOYO
10. PARTICIPACIÓN EN
GRUPOS PROSOCIALES
11. CALIDAD DE VIDA
12. CONCLUSIONES

El **62,5%** mejoró su autopercepción de la salud mental (177 de 283 graduados)

- Se observan aumentos en el tiempo en todos los grupos sin patrones claros según tipo de egreso o exposición a tratamiento

Análisis multivariado

- Tener 50 años o más, padecer al menos un trastorno de salud mental al inicio del estudio, estar implicado en delitos y ser usuario de tratamiento por primera vez se asocia con una mayor probabilidad de mejorar la salud mental autopercebida entre el T0 y T2.

→ Las personas con factores de riesgo significativos, compromiso delictual y la comorbilidad, se asocian a una mayor probabilidad de mejora.

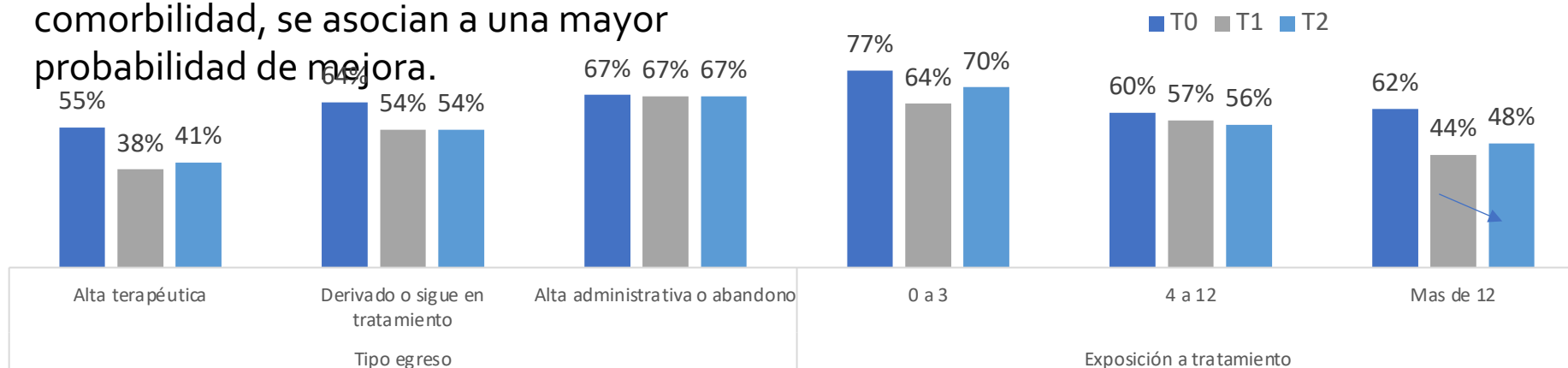


Gráfico 8: Al menos un trastorno de salud mental¹ en T0, T1 y T2 según tipo de egreso y exposición a tratamiento (N=368)

M.I.N.I.

- Abandonar o ser dado de baja administrativamente se asocia con una mayor probabilidad de tener un trastorno en T2 en comparación con los que se graduaron mediante alta terapéutica.
- Ser abstinerente, tener un trastorno de base, haber sufrido victimización antes de los 18 años y no participar en grupos prosociales también se asocian positivamente.

1. CONTEXTO
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIONES
4. CONSUMO
5. SALUD MENTAL
6. SALUD FÍSICA
7. TRANSGRESIÓN DE NORMAS
8. PARTICIPACIÓN SOCIOECONÓMICA
9. REDES DE APOYO
10. PARTICIPACIÓN EN GRUPOS PROSOCIALES
11. CALIDAD DE VIDA
12. CONCLUSIONES

48.8% mejoraron su salud física autopercebida.

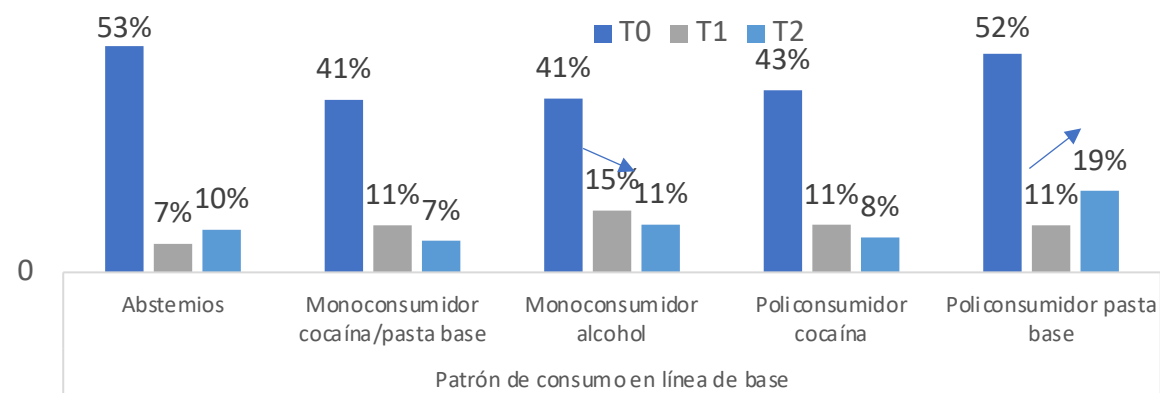
Análisis multivariado

- Se observan aumentos en todos los grupos, sin tendencias claras ni por tipo de salida ni por exposición al tratamiento.
- Tener 50 años o más y ser usuario de tratamiento por primera vez se asocian con una mayor probabilidad de mejora de la salud física autopercebida entre T0 y T2.

Gráfico 19: Uso de urgencia, hospitalizaciones o accidente por consumo en los últimos 6 meses en T0, T1 y T2 según patrón de consumo previo a tratamiento (N=341)

Utilización de los servicios de urgencias y hospitalizaciones

- La disminución del uso de servicios de urgencias y hospitalizaciones es transversal a toda la muestra.
- La disminución es sensible al tiempo de exposición al tratamiento.
- En el caso de los que egresaron por alta terapéutica, se produjo un aumento significativo de este indicador entre T0 y T2, lo que refleja una vez más la importancia del seguimiento posterior al tratamiento.



1. CONTEXTO
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIONES
4. CONSUMO
5. SALUD MENTAL
6. SALUD FÍSICA
7. TRANSGRESIÓN DE
NORMAS
8. PARTICIPACIÓN
SOCIOECONÓMICA
9. REDES DE APOYO
10. PARTICIPACIÓN EN
GRUPOS PROSOCIALES
11. CALIDAD DE VIDA
12. CONCLUSIONES

Disminución del número total de delitos cometidos del **35,4% al 21,1%** en todos los grupos y categorías.

Análisis multivariado

- Abandonar el tratamiento o ser dado de baja administrativamente se asocia con mayor delincuencia en T1.
- Además, tener 50 años o más, haber vivido en lugares adversos y tener una implicación delictiva en la To también se asociaron positivamente.

Conflictos con la justicia tras el tratamiento

- De todos los graduados, el 11,8% estaban detenidos en T1. Este porcentaje en To era del 24,8%, lo que supone un descenso del 52,4%.

Análisis multivariado

- Se observan disminuciones significativas (entre To y T1) para todos los subgrupos excepto para los que estuvieron expuestos al tratamiento durante tres meses o menos.

→ La exposición al tratamiento parece ser clave para disminuir la delincuencia en la población en tratamiento.

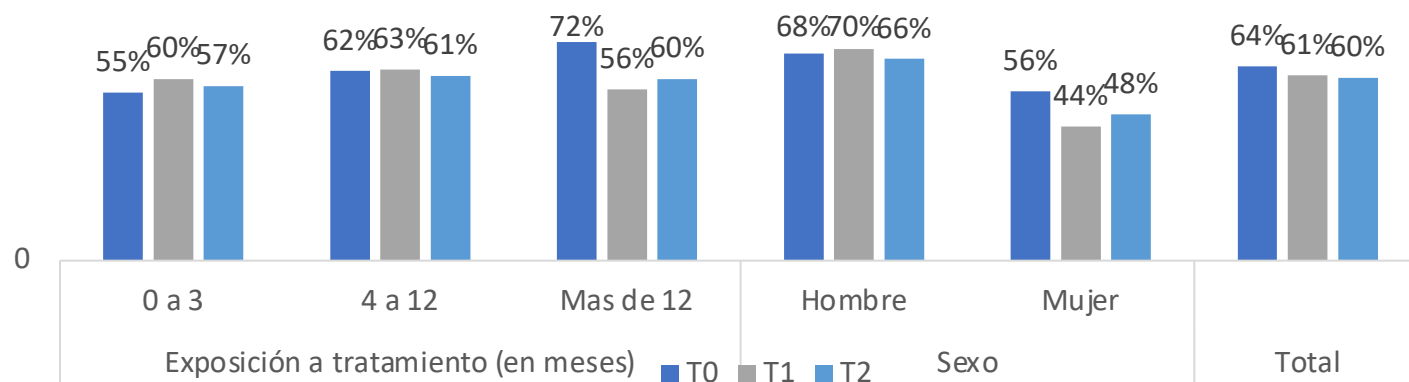
1. CONTEXTO
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIONES
4. CONSUMO
5. SALUD MENTAL
6. SALUD FÍSICA
7. TRANSGRESIÓN DE NORMAS
8. PARTICIPACIÓN SOCIOECONÓMICA
9. REDES DE APOYO
10. PARTICIPACIÓN EN GRUPOS PROSOCIALES
11. CALIDAD DE VIDA
12. CONCLUSIONES

El 41,9% trabajaba formalmente o asistía a un centro educativo en la T0 frente al en el **36,3%** en la T1

Análisis multivariado

- El grupo expuesto durante más de 12 meses, los que asistieron a tratamiento ambulatorio, las mujeres y los que no estaban implicados en delitos al inicio del estudio, disminuyen su participación socioeconómica

Gráfico 21: Trabaja en T0, T1 y T2 según exposición a tratamiento y sexo (N=370)



- Se obtienen resultados similares si se toma sólo la variable trabajo: se encuentran descensos significativos en el caso de las mujeres (7,6%) y de las personas más expuestas al tratamiento (12,3%).
- Una de cada tres personas que tenía trabajo antes de empezar el tratamiento pierde su empleo
- El análisis **multivariado** muestra que ser mujer, tener 50 años o más y no tener trabajo al inicio del tratamiento se asocia con una menor probabilidad de trabajar en T1.

1. CONTEXTO

2. OBJETIVOS

3. DEFINICIONES

4. CONSUMO

5. SALUD MENTAL

6. SALUD FÍSICA

7. TRANSGRESIÓN DE
NORMAS

8. PARTICIPACIÓN
SOCIOECONÓMICA

9. REDES DE APOYO

10. PARTICIPACIÓN EN
GRUPOS PROSOCIALES

11. CALIDAD DE VIDA

12. CONCLUSIONES

El porcentaje de personas que conviven con personas con trastornos por consumo de sustancias se mantiene constante a lo largo del tiempo en torno al **20%**.

Análisis multivariado

- Los únicos grupos que muestran un descenso a lo largo del tiempo son las personas de 50 años o más y las que asistieron a tratamiento residencial.

El **46,5%** de los usuarios del tratamiento mejoran las relaciones con cifras significativas tras abandonar el tratamiento.

Análisis multivariado

- El grupo que abandonó o fue dado de baja administrativamente no mostró variaciones significativas, al igual que los menos expuestos y los que asistieron a tratamiento residencial.
- Tener 50 años o más y haber sufrido victimización en la infancia se asocia con una peor calidad de la red en T2.

Disminución general del contacto con amigos con trastornos por consumo de sustancias.

- La disminución presentada por los que obtuvieron el alta terapéutica entre T0 y T2 es mayor que la de los que abandonaron o fueron dados de alta administrativamente (37 frente a 28,5 % respectivamente).
- Los que asistieron a tratamiento residencial siguieron disminuyendo su contacto con amigos consumidores problemáticos entre los 12 y los 18 meses.

Análisis multivariado

- Abandono o el alta administrativa, ser hombre, trabajar por cuenta propia o estar desempleado al inicio del estudio y estar implicado en delitos antes de iniciar el tratamiento se asociaban positivamente con informar de que el 50% o más de sus amigos tenían un consumo problemático de drogas en T2.

Sólo el **14,4%** mejoró su nivel de participación en grupos prosociales, es decir, empezó a participar en al menos un grupo más que al inicio del estudio.

Análisis multivariado

- Abandonar el tratamiento o ser dado de baja administrativamente se asocia con una menor probabilidad de participación en grupos prosociales en la T2 en comparación con los que permanecen en tratamiento, o fueron dados de alta terapéuticamente

→ Estos resultados muestran que la participación en grupos prosociales no mostró una variación positiva para el programa.

1. CONTEXTO
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIONES
4. CONSUMO
5. SALUD MENTAL
6. SALUD FÍSICA
7. TRANSGRESIÓN DE NORMAS
8. PARTICIPACIÓN SOCIOECONÓMICA
9. REDES DE APOYO
10. PARTICIPACIÓN EN GRUPOS PROSOCIALES
11. CALIDAD DE VIDA
12. CONCLUSIONES

Gráfico 26: Participa en grupos prosociales¹ según tipo de egreso (N=368) y exposición a tratamiento (N=370)

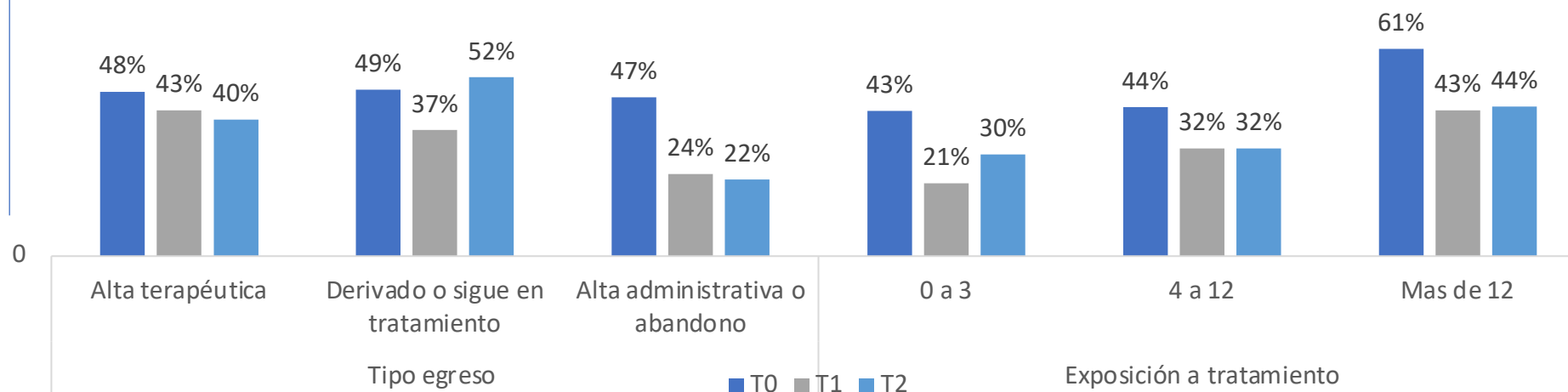
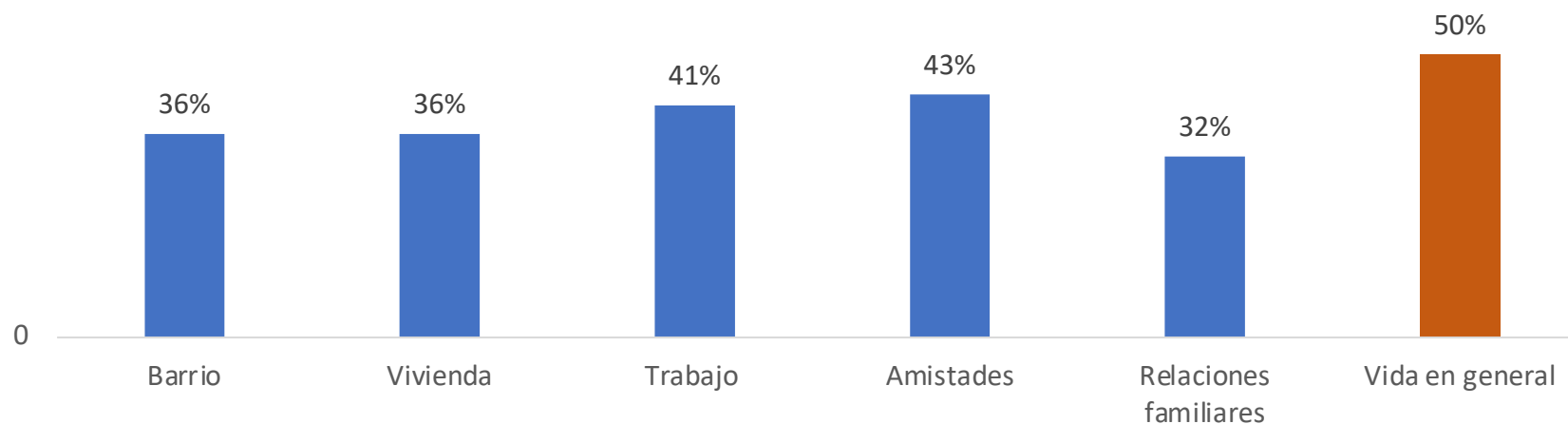


Gráfico 27: Mejoró satisfacción con (...) entre T0 y T2 (N=370)



88% mejoró al menos una de las dimensiones del indicador. La dimensión que más mejoró fue la vida en general, mientras que la que menos fue las relaciones familiares.

Las mejoras en la calidad de vida son mayores para los que recibieron el alta terapéutica y para los que estuvieron expuestos al tratamiento durante más de 3 meses.

Análisis multivariado

- Estar expuesto 12 meses o más al tratamiento se asocia con una mayor probabilidad de mejora en tres o más dimensiones en comparación con los expuestos durante 3 meses o menos.
- El abandono se asocia con un peor resultado en la predicción de la puntuación de calidad de la red en W2

- 1. CONTEXTO
- 2. OBJETIVOS
- 3. DEFINICIONES
- 4. CONSUMO
- 5. SALUD MENTAL
- 6. SALUD FÍSICA
- 7. TRANSGRESIÓN DE
NORMAS
- 8. PARTICIPACIÓN
SOCIOECONÓMICA
- 9. REDES DE APOYO
- 10. PARTICIPACIÓN EN
GRUPOS PROSOCIALES
- 11. CALIDAD DE VIDA
- 12. CONCLUSIONES

Los programas de tratamiento para la población adulta **contribuyen a la recuperación** de las personas. Se evidenciaron mejoras en:

1. Consumo de sustancias
2. Salud mental
3. Salud física
4. Vinculación a redes de apoyo
5. Comportamiento delictivo
6. Calidad de vida.

Sin embargo, **no se encontraron buenos resultados para**

1. Participación socioeconómica
2. Participación en grupos prosociales

- 1. CONTEXTO
- 2. OBJETIVOS
- 3. DEFINICIONES
- 4. CONSUMO
- 5. SALUD MENTAL
- 6. SALUD FÍSICA
- 7. TRANSGRESIÓN DE
NORMAS
- 8. PARTICIPACIÓN
SOCIOECONÓMICA
- 9. REDES DE APOYO
- 10. PARTICIPACIÓN EN
GRUPOS PROSOCIALES
- 11. CALIDAD DE VIDA
- 12. CONCLUSIONES

1. El principal resultado del tratamiento está relacionado con la **modificación positiva del patrón de consumo** de sustancias

- La disminución de la prevalencia del alcohol es mayor que la presentada en los Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS) en Estados Unidos (Hubbard et al., 2003) To-T2
 - Disminución de 21,9 puntos porcentuales en tratamiento residencial (frente a 25,4 en la muestra actual)
 - Disminución de 17,6 puntos porcentuales en tratamiento ambulatorio (frente a 24,9 en la muestra actual)

2. La **modalidad de tratamiento** no resultó ser un factor predictivo importante para la mayoría de los resultados consultados.

- Sólo se asoció con la abstinencia, en la que los que asistían a tratamiento residencial tenían ventaja sobre los ambulatorios.

- 1. CONTEXTO
- 2. OBJETIVOS
- 3. DEFINICIONES
- 4. CONSUMO
- 5. SALUD MENTAL
- 6. SALUD FÍSICA
- 7. TRANSGRESIÓN DE
NORMAS
- 8. PARTICIPACIÓN
SOCIOECONÓMICA
- 9. REDES DE APOYO
- 10. PARTICIPACIÓN EN
GRUPOS PROSOCIALES
- 11. CALIDAD DE VIDA
- 12. CONCLUSIONES

3. Exposición al tratamiento: se observaron cambios inmediatos, con disminuciones incluso en el grupo sin tratamiento mínimo (tres meses o menos) en

- (i) frecuencia de consumo y prevalencia de cocaína y cocaína fumada
- (ii) uso de salas de urgencias, hospitalizaciones y accidentes debidos al consumo, y
- (iii) vínculos con amigos con consumo de drogas.

• Algunos resultados sensibles al **tiempo de exposición:**

- (i) Frecuencia de consumo y prevalencia de consumo de alcohol y marihuana;
- (ii) Abstinencia;
- (iii) Calidad de la red; y
- (iv) Calidad de vida.

→ El grupo que estuvo expuesto al tratamiento durante 12 meses o más mostró sistemáticamente mejores resultados, incluidas mejoras en el indicador de salud mental.

1. CONTEXTO
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIONES
4. CONSUMO
5. SALUD MENTAL
6. SALUD FÍSICA
7. TRANSGRESIÓN DE
NORMAS
8. PARTICIPACIÓN
SOCIOECONÓMICA
9. REDES DE APOYO
10. PARTICIPACIÓN EN
GRUPOS PROSOCIALES
11. CALIDAD DE VIDA
12. CONCLUSIONES

4. La **variable más relevante** asociada a mejores resultados fue el **tipo de alta**. Aquellos con alta terapéutica tuvieron mejores resultados que los que abandonaron o fueron dados de alta administrativamente. Esto también ha sido documentado por la evidencia consultada (Hubbard et al., 1997; Jones et al., 2009).

- Características asociadas al **no logro terapéutico**: estar menos expuesto al tratamiento, haber recibido tratamiento ambulatorio, ser **policonsumidor**, no haber vivido en entornos adversos y haber estado implicado en delitos 12 meses antes de la línea de base.

- 1. CONTEXTO
- 2. OBJETIVOS
- 3. DEFINICIONES
- 4. CONSUMO
- 5. SALUD MENTAL
- 6. SALUD FÍSICA
- 7. TRANSGRESIÓN DE
NORMAS
- 8. PARTICIPACIÓN
SOCIOECONÓMICA
- 9. REDES DE APOYO
- 10. PARTICIPACIÓN EN
GRUPOS PROSOCIALES
- 11. CALIDAD DE VIDA
- 12. CONCLUSIONES

5. Otra variable asociada a peores resultados fue el **involucramiento delictivo** 12 meses antes de la línea de base.

- Las **directrices** técnicas del programa desarrollan teóricamente la implicación delictiva y su asociación con el consumo problemático de alcohol y/o drogas, pero no proporcionan actividades asociadas a este tipo de población.

6. La **calidad de las redes** demostró ser un predictor relevante en varias de las dimensiones y asociarse positivamente con la **retención** en tratamiento.

- En la Encuesta de Centros realizada en la línea de base de este estudio, 8 de cada 10 centros informaron de intervención familiar, siendo considerablemente menor el número de centros de tratamiento ambulatorio que informaron de este tipo de prestación (74,1% frente a 92,6% en centros residenciales).

- 1. CONTEXTO
- 2. OBJETIVOS
- 3. DEFINICIONES
- 4. CONSUMO
- 5. SALUD MENTAL
- 6. SALUD FÍSICA
- 7. TRANSGRESIÓN DE
NORMAS
- 8. PARTICIPACIÓN
SOCIOECONÓMICA
- 9. REDES DE APOYO
- 10. PARTICIPACIÓN EN
GRUPOS PROSOCIALES
- 11. CALIDAD DE VIDA
- 12. CONCLUSIONES

7. Es preocupante la falta de influencia del tratamiento en el **trabajo**. La importancia del trabajo supervisado como factor de protección también se corroboró en este estudio, dada su relación con:

- (i) Mayor abstinencia;
- (ii) Menor prevalencia de pasta de cocaína;
- (iii) Mayor calidad de vida; y
- (iv) Menor contacto con pares consumidores.

8. Por último, deberían mejorarse las acciones de **seguimiento** post-tratamiento en el caso del alta terapéutica y en el rescate de los que abandonaron.

[Informe Final:

Evaluación de resultados de los programas de tratamiento y rehabilitación del Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, SENDA]

Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda (DIPRES)

Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Instituto de Sociología UC (ISUC)

GRACIAS!

http://www.dipres.gob.cl/597/articulos-214466_informe_final.pdf1

Pablo Carvacho
Director Investigación y Desarrollo
Centro Justicia y Sociedad
Instituto de Sociología, PUC