

## Rehabilitación del consumo de drogas

No se cuenta con estadísticas oficiales publicadas que especifiquen el número de personas internadas por consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, una estimación realizada por CEDRO señala que a nivel nacional para el año 1999 existía un mínimo de 2,502 pacientes internados para un número máximo de 4,469 unidades de atención disponibles.

Tal estimación ha sido hecha en base a información sobre pacientes internados, número de camas disponibles, la tasa de rotación y la tasa de ocupación de camas. Los datos se obtuvieron mediante visita a los principales centros hospitalarios de la ciudad de Lima, complementados con información correspondiente al censo de comunidades terapéuticas efectuado a nivel nacional y publicado por Becerra y Young (1999).

Tabla 12

Estimación del número de fármaco dependientes institucionalizados en 1999

A nivel nacional en función del número de camas disponibles y tasa de ocupación anual

Institución**	Camas disponibles internamiento farmacodependencia	Ocupación anual mínima (pacientes/cama)	Número mínimo estimado de pacientes internados	Ocupación anual máxima (pacientes/cama)*	Número máximo estimado de pacientes internados
Centro de Rehab. de Ñaña	60	2.00	120	2.20	132
Hospital Hermilio Valdizán	60	4.00	240	4.30	258
Hospital Larco Herrera	60	2.00	120	2.20	132
CTs Lima	2202	0.69	1522	1.38	3043
CTs provincias	778	0.58	452	1.16	904
Clínicas privadas**	120	0.40	48	1.22	146
TOTAL	3280	--	2502	--	4469

\* Considera la tasa de ocupación y no ocupación, y el tiempo de tratamiento estándar de la institución.

\*\* El número de camas para pacientes fármacodependientes en clínicas privadas no es accesible, y representa solo una fracción de las camas psiquiátricas. Se ha estimado un número de camas de 120 a nivel nacional y una tasa de ocupación anual intermedia entre las comunidades terapéuticas y los hospitales del ministerio de salud.

\*\*\* El Hospital Honorio Delgado-Noguchi de la ciudad de Lima solo atiende pacientes fármacodependientes mediante consulta ambulatoria.

Fuentes: Hospitales Nacionales 1999–2000 (estadísticas oficiales con identificación de pacientes fármacodependientes internados no publicadas)

Fuente: Becerra y Young, 1999. Diagnóstico situacional de las Comunidades Terapéuticas Peruanas Contradrogas – NAS

El tratamiento del consumo de drogas es un proceso complejo que requiere la intervención de diversos profesionales incluyendo médicos, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, neurólogos, etc. Las intoxicaciones agudas o los efectos crónicos corresponden a acciones médicas definidas que deben llevarse a cabo por personal de salud especializado, siguiendo métodos y técnicas de reconocida efectividad.

El tratamiento de la dependencia ofrece sin embargo dificultades muy grandes. Por ejemplo, es común que los pacientes no se muestren dispuestos a reconocer que el consumo de drogas se ha convertido en un problema o no desean involucrarse en un tratamiento continuado que puede implicar restricciones en sus actividades

cotidianas. Al menos inicialmente la mayor parte de consumidores se oponen a cualquier tipo de internamiento hospitalario o a seguir pautas de conducta que limiten su modo de actuar habitual.

La gravedad de los problemas asociados a la dependencia tales como la conducta antisocial y la falta de autocontrol en los consumidores hace que sus familiares poco informados tiendan a recurrir a medidas extremas con tal de mitigar la situación. Así, muchas veces someten al adicto a tratamientos no profesionales que casi siempre incluyen inmovilización y aislamiento o incluso rigor físico; situación que en más de una oportunidad ha llegado a consecuencias graves.

Desde un punto de vista teórico las acciones destinadas al tratamiento de las personas involucradas en drogas se insertan en el campo de la llamada 'prevención secundaria', que es definida como el proceso por el cual se lleva a cabo el diagnóstico precoz del problema y un tratamiento rápido y adecuado, basado en la prevención, orientación y consejería a grupos poblacionales en riesgo.

Las acciones de prevención secundaria incluyen la intervención a través del desarrollo de programas de educación encaminados a que la población aprenda a reconocer e identificar indicadores y síntomas iniciales de la drogadicción en sus comunidades, el desarrollo de servicios de detección precoz y orientación para la derivación a tratamientos, acciones de información y difusión de la disponibilidad y ubicación de centros de atención, etc.

## El caso de las drogas sociales

En el tratamiento de la adicción al alcohol y al tabaco existen diversos métodos y técnicas utilizados por los especialistas. Específicamente en el caso de adicción al alcohol, se pueden mencionar las siguientes:

Grupos de autoayuda: Modalidad de terapia grupal creada por Alcohólicos Anónimos en Norteamérica. Se trata de grupos abiertos en los que puede participar libremente un cierto número de personas. Generalmente los dirigen antiguos pacientes en abstinencia (ex alcohólicos) sin una preparación específica. Se establecen normas de pertenencia al grupo y se alienta el compromiso de cambio mediante el compartir de experiencias y refuerzo mutuo.

Terapia grupal estructurada: Donde se cuenta con la ayuda de un terapeuta bajo la modalidad de internamiento o tratamiento ambulatorio dependiendo del grado de adicción de los pacientes. El enfoque terapéutico varía de acuerdo a la particular orientación de los profesionales a cargo, pudiendo tener una orientación dinámica, cognitiva, conductual, existencialista, humanista o de otro tipo. Las técnicas empleadas varían según el número de pacientes o los criterios a través de los cuales se conforman los grupos.

En este caso debe señalarse que en general la terapia grupal presenta ventajas importantes en comparación con otro tipo de técnicas:

1. Permite romper el esquema de dependencia que desarrollan la mayor parte de adictos.
2. Se logra romper con el aislamiento o con el sistema de relaciones superficiales que la conducta adictiva suele desencadenar.
3. Se favorece que el paciente reconozca la enfermedad pues se ve reflejado en la problemática de sus pares.
4. Es un tratamiento menos costoso por que se puede tratar al mismo tiempo a un mayor número de personas.
5. Permite que los pacientes compartan sus experiencias y se retroalimenten mutuamente en relación a sus éxitos y fracasos.

En el caso de la adicción al tabaco también se han desarrollado diversas técnicas y procedimientos de tratamiento tanto desde la perspectiva psicológica como médica. Las técnicas más empleadas son el fumado rápido, la retención del humo, el uso de los chicles de nicotina, la acupuntura y algunos tratamientos multicomponentes.

Entre las terapias más empleadas se encuentran:

Terapia de Autorregulación: Supone un conjunto de técnicas de variada índole basadas en el uso terapéutico de la sugestión. El objetivo es ayudar a la persona a reproducir emociones, afectos, pensamientos, reacciones motoras

e incluso fisiológicas que se evocarán secuencialmente ante el deseo de encender un cigarrillo. El tratamiento dura aproximadamente 4 semanas donde se realizan sesiones de una hora de duración.

Tratamiento conductual de línea base: Se sustenta en la implantación de registros hechos por el propio paciente para observar su tasa de consumo de cigarrillos al iniciar el tratamiento y al finalizarlo. La auto-observación de la frecuencia de consumo ocasiona un descenso en dicha conducta pues el individuo se siente motivado a mantener la abstinencia.

## El caso de las drogas ilegales

Las primeras experiencias de tratamiento del consumo de drogas en el Perú se remontan a finales de la década del 60. Estos primeros ensayos terapéuticos se basaban en el empleo de psicofármacos desde una perspectiva médico-psiquiátrica. En las décadas del 70 y 80 se implementaron programas de tratamiento de las adicciones incorporando novedosas técnicas terapéuticas derivadas del conductismo moderno, la psicología cognitiva y los enfoques de biofeedback.

En el caso peruano las aproximaciones terapéuticas en el tratamiento de las adicciones usualmente se han enfocado en casos de consumidores múltiples o consumidores de PBC; sabiéndose que un sujeto consumidor de marihuana generalmente no busca ayuda terapéutica a menos que el consumo de esta droga se esté dando en asociación con otras sustancias.

La incidencia de casos que buscan terapia por consumir únicamente clorhidrato de cocaína es bastante baja. Esto se debe a que los sujetos generalmente emplean dicha droga en situaciones y dosis específicas, estableciendo un consumo dependiente del contexto que evita el desarrollo de patrones de empleo intensivo.

Asimismo, se encuentra que la mayor parte de consumidores de drogas ilegales también suelen ser usuarios habituales de drogas legales (alcohol y tabaco); presentando una tendencia a convertirse en consumidores múltiples o policonsumidores, situación que recibe una particular atención en la mayor parte de modalidades terapéuticas.

Las modalidades de terapia más utilizadas son:

Terapia farmacológica: En el abordaje del consumo adictivo de la PBC es común el uso de psicofármacos tales como benzodiazepinas, fenotiazínicos, bromocriptina, antidepresivos, vitaminas y aminoácidos. El propósito inicial del tratamiento es lograr la desintoxicación del paciente, eliminar sus síntomas agudos y alejarlo temporalmente del consumo, predisponiéndolo para el inicio de alguna modalidad de terapia psicológica.

Terapia cognitivo-conductual: Se utilizan los avances de la psicología cognitiva y las técnicas de modificación del comportamiento con el propósito de habituar al paciente a adquirir control sobre sus manifestaciones comportamentales, fisiológicas, cognitivas y emocionales. Las técnicas específicas son muy diversas, algunas de las cuales se presentan en la tabla 13.

Dentro de las llamadas técnicas de autocontrol se incluyen el control encubierto, la sensibilización cubierta, las respuestas de sustitución y la interrupción o bloqueo del pensamiento. Son útiles porque pueden ser aprendidas y ejecutadas por el paciente sin requerir la presencia del terapeuta. Sus efectos se desarrollan sólo a través de las experiencias y las autoevaluaciones del paciente.

Las principales técnicas de autocontrol son:

Control encubierto: Es una técnica que tiene como objetivo lograr que el paciente pueda sobrellevar el deseo de consumir drogas, especialmente durante el período de desintoxicación. El terapeuta adiestra al paciente en el desarrollo de argumentos cognitivos que eviten la recaída, clarificando su visión respecto a las ventajas de vivir libre de drogas.

Tabla 13  
Técnicas clásicas en terapia cognitivo-conductual

Técnica	Descripción
Contrato Conductual	Es un compromiso escrito entre el terapeuta, el paciente y cada uno de los miembros de la familia que participan en el proceso de rehabilitación. Cada uno de los firmantes se compromete a cumplir una serie de instrucciones dirigidas hacia el logro de los objetivos del programa terapéutico. Los participantes deben conocer claramente sus derechos y obligaciones, así como las sanciones en caso que las instrucciones no sean debidamente cumplidas.
Relajación	En el consumidor de PBC, la ansiedad es una respuesta central que debe ser manejada muy rápidamente por el terapeuta. Así, al comienzo del tratamiento y en las diferentes fases del mismo, la relajación representa una opción comportamental importante por su capacidad para disminuir la ansiedad y facilitar la emergencia de respuestas alternativas a la angustia.
Moldeamiento	Es una técnica de condicionamiento operante que aplica recompensas sucesivas al individuo, con el fin de dirigirlo hacia metas racionales. En el manejo terapéutico del consumo de PBC el moldeamiento se emplea desde la primera entrevista y durante todo el tratamiento. El terapeuta refuerza selectivamente los comportamientos adaptativos que emita el paciente e ignorará aquellos que directa o indirectamente se relacionan con el consumo.
Terapia de aversión	Es una técnica que proviene del condicionamiento clásico. Se busca que el individuo asocie el comportamiento adictivo con estímulos nocivos o no placenteros, de tal manera que la frecuencia de consumo disminuya. Inicialmente se empleaban estímulos químicos (productores de náuseas, vómitos y diarrea) o eléctricos, pero estos fueron luego reemplazados por sus pares imaginarios, constituyendo una técnica diferentes llamada 'sensibilización encubierta'.
Desensibilización sistemática	El principio teórico es la inhibición de comportamientos no deseados a través de la relajación muscular cuyo correlato psicológico puede describirse como 'tranquilidad' o ausencia de ansiedad, que se espera inhiba las respuestas fisiológicas provocadas por diversos estímulos. En el tratamiento de la PBC, se utiliza para el manejo de desórdenes asociados a la conducta adictiva tales como la ansiedad social.
Entrenamiento asertivo	Es una técnica que tiene como objetivo el mejorar o desarrollar las habilidades sociales del paciente referidas a situaciones donde debe defender sus derechos, controlar exigencias o peticiones, rechazar situaciones peligrosas, etc. Existen varias formas de entrenamiento asertivo tales como el ensayo conductual, el juego de roles, etc. En el caso de consumo de drogas se fortalecen los comportamientos de rechazo en situaciones de ofrecimiento.

Sensibilización cubierta: Es una técnica que tiene como objetivo lograr que el consumidor reemplace los pensamientos agradables y atractivos con relación al consumo de drogas, por otros que impliquen un rechazo frontal hacia ellas. Esto se logra a través de repetidas asociaciones donde el estímulo droga es revivido imaginariamente seguido por situaciones aversivas y desagradables.

Respuestas cubiertas de sustitución: Este método busca que el paciente aprenda cognitivamente respuestas alternativas al consumo de drogas, que puedan luego ser aplicadas en la vida real en situaciones que le predispongan al consumo. Se espera que mediante el entrenamiento continuo los pensamientos sustitutorios se vuelvan automáticos en presencia de los estímulos que predisponen al consumo.

Bloqueo del pensamiento: Esta técnica pretende lograr que los pensamientos angustiosos, deseos o imaginaciones que induzcan al consumo de drogas disminuyan. El paciente desarrolla una serie de frases neutras que recita mentalmente en reemplazo de los pensamientos que podrían inducirle al consumo.

Las técnicas de tipo cognitivo incluyen:

Terapia racional emotiva: Tiene como objetivo el cambio de los patrones de pensamiento irracional que interfieren con el bienestar del individuo y le inducen al consumo. Los patrones de pensamiento disfuncional generalmente

se refieren a problemas en las relaciones interpersonales y de percepción del propio desempeño. El paciente aprende a registrar y discutir sus pensamientos y concepciones irracionales, reemplazándolos por otros que favorecen un desempeño adaptativo.

**Auto-instrucciones:** Esta técnica tiene como objetivo entrenar al paciente en habilidades conductuales y cognitivas que le permitan salir airoso en situaciones desafiantes. El individuo aprende a establecer patrones de comportamiento que aplica primero imaginariamente y luego en situaciones reales. Generalmente se complementa con entrenamiento en relajación progresiva.

**Resolución de Problemas:** La técnica esta dirigida a enseñar a la persona a enfrentar las situaciones problemáticas de la vida diaria dándoles soluciones efectivas a largo plazo. El terapeuta enseña al individuo a plantear adecuadamente el problema, generar posibles soluciones, escoger la más adecuada, llevarla a cabo y evaluar los resultados de tal manera que incorpore nuevas habilidades a través del ensayo continuo.

Uno de los centros terapéuticos peruanos que incorpora estas diversas técnicas es el Centro de Rehabilitación de Ñaña, dependencia del INSM Hermilio Valdizán. El tratamiento dura aproximadamente 6 meses y ha sido desarrollado en función a múltiples estudios sobre las áreas de desempeño que se ven afectadas en los pacientes consumidores de drogas.

## Afronte de las drogas a nivel institucional

No se conoce el número de adictos que requieran tratamiento en el Perú. Los estimados son muy variables y van desde los que consideran 50000 hasta los que creen que llegan a 300000 en la ciudad de Lima.

En el país existen diversas instituciones, tanto estatales como privadas que están trabajando en el afronte del problema de las drogas a nivel de prevención primaria. Más de la mitad de tales instituciones son grupos comunales que emplean sus propios recursos, reflejando su creciente reconocimiento sobre la importancia de la prevención para el desarrollo de sus familias y localidades.

El Perú también cuenta con un gran número de entidades que trabajan a nivel de prevención terciaria. Se trata de clínicas, hospitales, comunidades terapéuticas y centros de atención que en una significativa proporción han incorporado la metodología de los grupos de autoayuda aunque enfatizando componentes específicos de acuerdo a la orientación de los encargados.

A continuación se mencionan las principales instituciones involucradas en acciones de lucha contra las drogas a nivel de la rehabilitación:

## Sistema de orientación y consejería

A través del servicio 'Lugar de Escucha', el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) ofrece un servicio de atención al público en casos de adicción. Dicho servicio –pionero en el Perú- tiene el propósito de brindar consejería y orientación para todas aquellas personas que directa o indirectamente se ven afectadas por un problema de consumo de drogas.

El servicio está destinado a canalizar las demandas de atención especializada que recibe diariamente, reforzando y/o incrementando el nivel de motivación de los pacientes, así como el compromiso de los miembros de su grupo de pertenencia, para que ambos se inserten en el proceso de tratamiento, factor imprescindible para la recuperación del sujeto.

Lugar de Escucha ofrece un servicio de atención telefónica que brinda consejería y orientación, intervención en crisis y contención emocional tanto al consumidor como a su grupo de pertenencia. Asimismo, se mantiene un sistema de atención personal que permite realizar una mejor evaluación de los casos, derivándolos hacia las fuentes de ayuda más convenientes.

Las personas que tienen a su cargo la atención telefónica o personal son profesionales en la rama de la psicología y han recibido capacitación específica para tratamiento de casos de fármacodependencia y en atención telefónica. Con una periodicidad definida, el equipo de atención realiza reuniones técnicas y de coordinación que permiten resolver eventuales problemas, revisar los casos que están siendo atendidos, compartir bibliografía actualizada, etc.

Tabla 14  
Plan de tratamiento Cognitivo-Conductual del consumo de drogas  
Centro de Rehabilitación de Ñaña – INSM Hermilio Valdizán

Áreas	Técnicas terapéuticas
I Comportamiento dependiente a drogas	Información sobre teoría del aprendizaje Modelos de explicación y reconocimiento de estímulos discriminativos. Sensibilización encubierta - control encubierto Bloqueo del pensamiento Entrenamiento asertivo de rechazo (juego de roles, modelo participante) Aprendizaje de respuestas alternativas Autocontrol
II Comportamiento en el tiempo libre	Reconocimiento y evaluación de los intereses Ejecución progresiva de los programas para el tiempo libre Planificación y ejecución de actividades Técnicas operantes.
III Comportamiento en el trabajo	Sistema de puntos Modelado Reforzamiento positivo Costo de respuesta Toma de decisiones
IV Comportamiento social	Entrenamiento asertivo Desensibilización sistemática Inoculación de estrés Técnicas operantes: aproximaciones sucesivas, etc. Técnicas de autoeficacia y autodominio Técnicas de terapia marital Técnicas de terapia familiar Entrenamiento de comunicación Ensayo conductual y retroalimentación Juego de roles
V Autoorganización y organización del ambiente	Contrato conductual Terapia ocupacional: técnicas operantes Sistema de puntos Autoregistro Autocontrol Ensayo de roles
VI Solución de problemas y toma de decisiones	Entrenamiento de observación Entrenamiento en análisis del comportamiento Entrenamiento en explicaciones racionales sobre problemas Entrenamiento en el desarrollo de programas de autocontrol Entrenamiento en toma de decisiones
VII Reconocimiento, evaluación y modificación de las concepciones y pensamientos irracionales	Entrenamiento en autoregistro de respuestas emocionales perturbadoras y de los pensamientos y concepciones relacionados con ellas. Prácticas en terapia individual y de grupo. Terapia Racional Emotiva Reestructuración cognitiva Otros métodos cognitivos.

Como parte de sus acciones de proyección hacia la comunidad el servicio 'Lugar de Escucha' está aplicando una modalidad de intervención a través de grupos de encuentro, con la participación de pre-adolescentes y adolescentes consumidores de drogas no patológicos; es decir, consumidores iniciales o experimentales. El objetivo es lograr conformar un modelo de acción replicable que luego pueda ser difundido en comunidades.

## Centros hospitalarios

Son instituciones orgánicamente constituidas, dependientes de o reguladas por el Ministerio de Salud, que incorporan programas específicos orientados al tratamiento de personas con problemas de consumo de drogas legales (especialmente alcohol) y drogas ilegales (especialmente PBC).

A nivel de Lima Metropolitana existen programas especializados en los INSM Delgado-Noguchi, Larco Herrera y Hermilio Valdizán, los cuales incluyen atención bajo la modalidad ambulatoria y de internamiento. Adicionalmente, el INSM Hermilio Valdizán cuenta con el único centro especializado en atención de dependencias como es el Centro de Rehabilitación de Ñaña.

## Comunidades terapéuticas

Las comunidades terapéuticas son instituciones privadas en su mayor parte no profesionalizadas, dedicadas a la rehabilitación de consumidores de drogas. Generalmente hacen uso de técnicas psicológicas y una fuerte orientación religiosa, permitiendo la cohesión de los grupos y el mantenimiento de los liderazgos, vitales para la supervivencia de la organización.

Las comunidades terapéuticas desarrollan un modelo mixto, con internamiento en las primeras fases de tratamiento y atención ambulatoria en la fase de seguimiento. Los fondos para el sostenimiento de los grupos proceden de: a) aportes en efectivo por parte de familiares de los pacientes; b) donaciones recibidas por parte de particulares y empresas; c) actividades de autosostenimiento tales como cultivo de parcelas o prestación de servicios menores; y d) Algunas subvenciones generalmente en forma de alimentos ofrecidas por parte de organismos estatales de ayuda social.

Uno de los problemas más importantes asociados a la existencia de comunidades terapéuticas se refiere al nivel de informalidad en que desarrollan su labor. En efecto, solo un mínimo porcentaje de centros están debidamente registrados ante las autoridades municipales y de salud, probablemente debido a que los requisitos para lograr la formalización son engorrosos e implican realizar una inversión significativa.

En el caso de muchas comunidades terapéuticas la situación de informalidad y ausencia de personal profesional ha favorecido la adopción de prácticas inhumanas en el trato hacia los internos, habiéndose presentado un gran número de denuncias sobre abusos físicos que incluso han devenido en muertes. Los promotores y directivos de las comunidades terapéuticas generalmente son ex-adictos que bajo la creencia de que 'solo un adicto puede comprender al adicto-', se instalan precariamente y comienzan la labor de captación de pacientes. Los bajos costos implicados y la desesperación de las familias que sufren la presencia de un miembro adicto ha favorecido la propagación de este tipo de centros.

Se han realizado diversas evaluaciones acerca de la calidad de la atención que brindan las comunidades terapéuticas. Las conclusiones muestran que la mayor parte de organizaciones no ofrecen adecuadas condiciones de habitación y alimentación a los internos, quienes además no cuentan con atención médica o psicológica oportuna. Es común que no exista un protocolo de tratamiento estándar y no se cuenta con programas de acompañamiento y seguimiento, factores que contribuyen a la limitada efectividad de este tipo de organismos.

## Tratamiento ambulatorio vs. internamiento

El tratamiento ambulatorio permite a los pacientes permanecer en su entorno familiar, laboral y social. Es un enfoque menos perturbador pues alienta un menor número de cambios en la vida del paciente. Se recomienda en los siguientes casos:

1. No hay necesidad de una rigurosa supervisión médica en el proceso de desintoxicación.
2. El paciente no es consumidor compulsivo de grandes cantidades de drogas.
3. El sujeto es capaz de asistir a las sesiones de tratamiento y lograr la abstinencia inicial.
4. No hay evidencia de desórdenes psicológicos y/o psiquiátricos severos.
5. No hay riesgo de comportamiento suicida o violento.
6. Existencia de un núcleo familiar medianamente ajustado capaz de brindar soporte.

En contraste, el objetivo del tratamiento bajo modalidad de internamiento es la evaluación y rehabilitación de pacientes cuyos patrones de abuso no pueden ser controlados en tratamientos ambulatorios debido al grado de deterioro físico alcanzado o a los riesgos que corren las personas del entorno.

Algunos criterios que determinan cuando un paciente debe ser atendido bajo la modalidad de internamiento son:

1. Dependencia física a sustancias adictivas tales como PBC o clorhidrato de cocaína.
2. Dependencia a varias sustancias (policonsumo).
3. Síntomas psiquiátricos severos.
4. Condiciones médicas coexistentes.
5. Desajustes significativos en el funcionamiento psicosocial.
6. Consumo intermitente pero destructivo.
7. Fuerte resistencia al tratamiento.
8. Fracaso en el tratamiento ambulatorio.

Las etapas de tratamiento bajo las modalidades ambulatoria y de internamiento se presentan en la tabla 15:

Tabla 15  
Fases en el tratamiento de las adicciones: Modalidades ambulatoria y de internamiento

Fase	Tratamiento con internamiento	Tratamiento ambulatorio
Etapa I	<b>Evaluación</b> Esta fase inicial se relaciona con la estabilización de los problemas médicos y el tratamiento de desintoxicación. Evaluación psicológica del paciente y su familia.	<b>Abstinencia Inicial</b> Los primeros 30-60 días de tratamiento se orientan hacia lograr la inmediata y total abstinencia de todas las drogas que alteran el ánimo del paciente. La familia cumple un rol de control sobre el individuo.
Etapa II	<b>Rehabilitación</b> El paciente participa en un programa que incluye técnicas individuales y grupales incluyendo grupos de autoayuda, talleres de relajación y otros. El sujeto aprende nuevas estrategias de comportamiento que favorecen la posibilidad de una vida libre de drogas.	<b>Prevención de las recaídas</b> Esta etapa empieza una vez lograda la abstinencia inicial y dura aproximadamente de 6 a 12 meses. Las metas principales de esta fase son ayudar a los pacientes a evitar los factores de riesgo más comunes y predecibles y desarrollar un estilo de vida libre de drogas.
Etapa III	<b>Planificación del seguimiento</b> Se busca consolidar los logros conseguidos durante la rehabilitación y aplicar en la vida real las estrategias y actitudes adquiridas en el ambiente terapéutico. Se establecen reuniones de seguimiento y apoyo al paciente.	<b>Consolidación</b> Esta fase suele empezar después del primer año de recuperación. El tratamiento puede incluir terapia individual, grupal o grupos de autoayuda. Se pretende la reinserción social del sujeto prescindiendo gradualmente del apoyo terapéutico.



## Costos del tratamiento

En cuanto a los costos del tratamiento se puede encontrar un panorama muy amplio. Por ejemplo, el Centro de Rehabilitación de Ñaña ofrece 2 categorías de atención: En la categoría económica el costo para el paciente incluyendo análisis, alimentación e internamiento llega a los US\$ 1450 anuales mientras que en la categoría alta el costo llega a US\$ 3,085 por año. En otra institución estatal, el Pabellón de Fármacodependencia del Hospital Hermilio Valdizán se tienen costos más reducidos que llegan a los US\$ 227 al año por paciente.

El sector privado ofrece tratamiento y rehabilitación a costos mucho más altos. Como ejemplo se tiene que en una clínica típica el tratamiento puede costar US\$ 3,200 por mes y US\$ 38,400 por año. Un día de internamiento cuesta US\$ 80 incluyendo alimentación y evaluación psicológica más no la terapia de grupo, honorarios profesionales ni medicamentos. Una de las clínicas más económicas cuesta S/. 1,450 por mes, equivalente a US\$ 5,150 por año incluyendo alimentación y honorarios profesionales.

