

Estimados Colegas de la Federación de Comunidades Terapéuticas:

Un saludo fraternal desde la Comunidad Terapéutica Ambulatoria de Ocean Park (CTAOP) y de la Fundación de Adultos con Desórdenes de la Atención de Puerto Rico (FADDAPR).

Como co-coordinador (en colaboración con el Sr. Ron Williams) de la Región Caribeña de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, mi responsabilidad con ustedes es compartir todos los adelantos en el concepto de la Comunidad Terapéutica que van surgiendo como resultado de la investigación clínica que he llevado a cabo en mi Comunidad Terapéutica Ambulatoria desde 1993. Las publicaciones relevantes que contienen los resultados de esta investigación se pueden acceder libre de costo, en los siguientes portales cibernéticos:

www.addapr.org (en español)

www.addapr.info (en inglés)

www.comunidadterapeutiacaribena.com

www.litionutrienteesencial.com

www.club120.net

www.galeriaquantum.com

<http://groups.google.com/group/individuanter>

Tengo el gusto de incluirles una copia en inglés y en español de la ponencia que he preparado para presentar en el Instituto de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas que se llevará a cabo en Genova, Italia del 14-18 de octubre de 2010. Me daría mucho gusto convocar allí un caucús caribeno.

Les invito cordialmente a utilizar mi disponibilidad de colaboración con ustedes al máximo. Escríbanme a mi dirección electrónica eramirezmd@gmail.com. Además para consultas breves me pueden conseguir por teléfono al 787-726-5021 de lunes a jueves desde las 10:00 a.m. a 2:00 p.m., hora de Puerto Rico. Con mucho gusto atenderé sus consultas y responderé a ellas a la medida de mis posibilidades.

Estoy incluyendo también una copia de un proyecto piloto para desarrollar una Finca - Comunidad Terapéutica residencial para los niños y adolescentes haitianos "Restavec" que están en el más alto riesgo de adicciones y conductas delictivas. Agradeceré cualquier colaboración de ustedes en el Caribe que estén interesados en participar en la Misión Haití. (Apéndice A)

Efrén Ramírez, MD

Maestro Director de la Comunidad Terapéutica Ambulatoria de Ocean Park

Presidente de la Fundación ADDAPR y Co-coordinador de la Región del Caribe de la WFTC



Calle Italia 2025, Ocean Park
San Juan, PR 00911
T 787-726-5021 · F 787-728-4687
e-mail: eramirezmd@aol.com
www.addapr.org

EL MODELO CARIBEÑO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA
DESDE SUS COMIENZOS EN EL 1961 HASTA HOY
Y SUS PROYECCIONES FUTURAS

WFTC Genoa Institute 2010
THE FUTURE OF TC IN THE CHANGING WORLD
Genoa, Palazzo Ducale, October, 14-18 2010.

Presentada por Efrén Ramírez, MD
Director Médico, Comunidad Terapéutica Ambulatoria de Ocean Park,
Presidente/Fundador –Fundación ADDAPR
(Adultos con Desórdenes de Atención de Puerto Rico),
Co-coordinador (con Ron Williams) de la Región del Caribe
de la World Federation of Therapeutic Communities



Efrén Ramírez, MD

Perfil

El Dr. Efrén Ramírez se graduó con honores, *Alpha Omega Alpha*, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, en 1954. Como parte de su primer proyecto de investigación clínica como psiquiatra, entre 1962 y 1966 estableció el prototipo del sistema de comunidad terapéutica libre de drogas para adictos a la heroína, conocido como el *Concepto Ramírez*. En 1966 llevó su *Concepto* a la Ciudad de Nueva York, y fundó Phoenix House, mientras se desempeñaba como Comisionado de Servicios de Adicción de dicha ciudad. El Dr. Ramírez se ha estacado como consultor internacional de programas de comunidad terapéutica, y como tal ha dado su asesoramiento en Estados Unidos, al Vaticano, a diversos países de Hispano-América, a Hogar ZKFA Internacional, a ASPIRA de América, y a la Fundación para el Desarrollo Comunitario de Puerto Rico. Fue director del Programa de Salud Mental de Puerto Rico de 1985 a 1990. Desde 1993 dirige la Comunidad Terapéutica Ambulatoria de Ocean Park - San Juan, una comunidad terapéutica ambulatoria para niños y adultos con trastornos de déficit de atención (ADD en inglés). Desde 1999 preside la Fundación de Adultos con Déficit de Atención de Puerto Rico. El Dr. Ramírez es coordinador, junto a Ron Williams, la Región de la Cuenca del Caribe de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas.

En www.efrenramirezmd.com encontrará información más detallada. Si interesa comunicarse con el Dr. Ramírez, favor de escribir a: eramirezmd@gmail.com.

EL MODELO CARIBEÑO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DESDE SUS COMIENZOS EN EL 1961 HASTA HOY Y SUS PROYECCIONES FUTURAS

Efrén Ramírez, MD

Director Médico, Comunidad Terapéutica Ambulatoria de Ocean Park; Presidente, Fundación Adultos con Desórdenes de Atención de Puerto Rico; Coordinador (con Ron Williams) de la Región del Caribe de la World Federation of Therapeutic Communities.

En el verano entrante se cumplirán **cincuenta años** desde que comencé mi gestión de diseñar, organizar, manejar y supervisar comunidades terapéuticas libres de drogas con el sostén de profesionales de la salud mental en hospitales, ambientes carcelarios, escuelas y programas residenciales y ambulatorios de base comunitaria. En una ponencia magistral que presenté en la Universidad de Salamanca titulada: “**El Sistema de Comunidades Terapéuticas de Puerto Rico: Pasado, Presente y Futuro**” resumi mis actividades durante el periodo de 30 años iniciales (desde 1960 hasta el 1989).¹

Hoy deseo concentrarme en **el trabajo que he llevado a cabo en los últimos 20 años**, con el propósito de compartir con ustedes lo que he aprendido durante ese periodo para el beneficio del desarrollo de sus respectivos programas para mejorar las técnicas de evaluación, diagnóstico y seguimiento, estimular la investigación clínica independiente, y ofrecerles la oportunidad de poner a prueba mis recomendaciones y validarlas empíricamente.²

He dividido mi presentación en **cuatro secciones para enfocar mi trabajo** de los últimos 20 años en las siguientes categorías:

1. **La validación y la co. firmación de 8 principios básicos** en el diseño y manejo de las comunidades terapéuticas de base comunitaria con sostén de profesionales de salud mental.
2. **La modificación y expansión de muchos de los principios programáticos originales** a la luz de mis experiencias adicionales y nuevos adelantos en las neurociencias, especialmente en relación con la teoría de las raíces biogénéticas

¹ Dicha ponencia aparece en www.addapr.org. Un inventario completo de mis actividades relacionadas con el concepto de nuestro modelo de Comunidad Terapéutica se puede acceder por www.comunidadterapeuticaaribena.com.

² Los artículos y materiales didácticos relevantes al periodo 1990-2010 están accesibles en línea, en español por www.addapr.org y en inglés, por www.addapr.info. Los enlaces relacionados son: www.litionutrienteesencial.com, donde se construye una base de datos extraídos de la literatura científica en internet sobre los múltiples efectos terapéuticos del litio nutricional, en bajas dosis y uso a mediano y a largo plazo. Otro enlace importante es www.club120.net, donde se resumen los efectos terapéuticos de los nutrientes esenciales para el desarrollo humano que el cuerpo no produce y que por lo tanto, hay que suplementarlos en la dieta cotidiana.

de las conductas adictivas, que me han llevado a postular la hipótesis de trabajo sobre la etiología epigenética (reversible) de las adicciones, sus complicaciones y sus comorbilidades, que ha demostrado gran utilidad para tratamientos correctivos de estas condiciones a nivel primario, secundario y terciario.

3. **El descubrimiento, ensayo y validación de varias técnicas, métodos y protocolos noveles** producto del trabajo investigativo independiente de mi **Centro de Investigaciones Sobre La Atención (CISLA II)**, la Unidad Interdisciplinaria de Investigación Clínica de la Comunidad Terapéutica Ambulatoria de Ocean Park (CTAOP). Estas nuevas técnicas han hecho el trabajo de Comunidad Terapéutica más fácil, más eficiente y más económico. Son enfoques noveles en las áreas de diagnóstico, pronóstico, y tratamiento nutrigenómico dirigidos a corregir las bases epigenéticas de la condición adictiva en los contextos de la prevención primaria, la secundaria y la terciaria.
4. Finalmente, concluiré mi presentación con **8 predicciones, cara al futuro**, del movimiento global del modelo caribeño de comunidades terapéuticas.

I. Conceptos originales reafirmados y validados durante los últimos 20 años, desde mi perspectiva:

1. La hipótesis de que **“las adicciones tienen cura hasta que se demuestre lo contrario”**, que utilicé durante los '60s como grito de batalla ante el escepticismo entonces dominante.
2. **La superioridad de los programas comunitarios**, (ahora llamados ONG's) sobre los programas gubernamentales, según los hallazgos del estudio de 10 años (1998-2008) por la Oficina de Drogadicción y Criminalidad (UNODC) de las Naciones Unidas (Viena, 2008).
3. **La identificación del espectro de trastornos de la personalidad como denominador común causal de las adicciones en todas sus manifestaciones.**
4. La hipótesis de que el **Modelo Caribeño de la Comunidad Terapéutica³** es un **programa efectivo de tratamiento y prevención para trastornos mentales, psicosociales y psicosomáticos**, más allá del síndrome de adicciones a las drogas.
5. **El rol esencial del ex-adicto en recuperación** en todos los aspectos del tratamiento: manejo administrativo y sostén comunitario de las C.T. señalado independientemente tan temprano como en el 1967 por un investigador británico.⁴
6. **El rol esencial de la participación familiar** en todos los aspectos del programa de Comunidades Terapéuticas.

³ Ramirez, E. 1966 –*The Mental Health Program of the Commonwealth of Puerto Rico. Rehabilitant the Narcotics Addict*. Vocational Rehabilitation Administration, U.S. Department of Health. Fort Worth, Texas.
Ramirez, E. 1968 –Review of Existential Psychology & Psychiatry, Vol. VIII No. I, Page 43-53, Winter 1968.

⁴ Fiddick Peter, *Junkie cure Junkie* - Manchester Guardian Weekly, February 16, 1967.
(www.addapr.info/testimonials)

7. **La viabilidad de la aplicación transcultural del concepto caribeño** (con ajustes apropiados a las culturas anfitrionas- “cultural fit factor”) según demostrado en las experiencias de Phoenix House, Hogar CREA Internacional, la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, etc.
8. **La costo-eficiencia superior de las CTs comunitarias** en comparación con los programas gubernamentales médico hospitalarios.

II. **Modificaciones y mejorías a los conceptos básicos durante los últimos 20 años:**

1. **La evolución del modelo residencial de la CT hacia el modelo ambulatorio** de barrio, como la Comunidad Terapéutica Ambulatoria del (Barrio) Ocean Park en Santurce, Puerto Rico y de ahí, hacia el modelo de las comunidades terapéuticas familiares que surgen como “retoños” de las de barrio, alrededor de la gestión comunitaria generativa de egresados de la CT, jefes de familias extendidas.⁵
2. **La simplificación de la Evaluación Octagonal** de su versión original compleja (multidisciplinaria) para usarse en hospitales y facilidades correccionales, a un modelo resumido en cuatro páginas de auto-evaluación disponible “online” en www.addapr.org/clinicacibernetica, que identifica los criterios de diagnósticos de disfunciones (20 mentales, 80 psicosociales, 60 psicopatológicas y 16 “Índigos”) y que se usan como herramienta universal para hacer el diagnóstico, estimar el pronóstico y monitorear los procesos de tratamiento y rehabilitación. (Ref. www.addapr.org/ponenciapersonalidadesnuevas) (Apéndice B)
3. **La adaptación sin problemas de las etapas clásicas del proceso CT** (Orientación Comunitaria, Inducción, Tratamiento, Re-entrada y Acción Comunitaria Generativa) al modelo ambulatorio.⁶
4. La identificación, en 15,000 comunidades consecutivas a la CTAOP en los últimos 16 años, **del spectrum de disfunciones de la atención como prodromo universal de alto riesgo para los trastornos adictivos.**
5. El desarrollo de una **red social en internet** (<http://groups.google.com/group/individuanter>) para extender el alcance del programa mediante **clínicas cibernéticas internacionales.**
6. **La introducción de las técnicas de la CT en el salón de clases, parroquias, y el ambiente laboral a través de Individuantes** (personas que se han matriculado y

⁵ Ramirez, E., *Is Drug Rehabilitation Possible Through Out-Patient Services?*, Pontificium Consilium Pro Familia, Città del Vaticano, Anno III, No. 1, 1998

⁶ Ramirez, E. *El Tratamiento de la Gama de Desórdenes de Déficit de atención (GDDA) por Deficiencia de Lítio en una Comunidad Terapéutica Ambulatoria*, XI Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Buenos Aires, Argentina, abril 12-14, 2007. (www.addapr.org)

⁷ Ramirez, E. (ADD Addiction Connection), *Tratamiento Holístico de Déficit de Atención*. 2do. Congreso Latinoamericano del Déficit de Atención, Tropimar Convention Center, Isla Verde, P.R. 30 de mayo de 2001.

- participado con éxito en nuestra comunidad terapéutica) y colaboran en su programa de Acción Comunitaria Generativa.⁸
7. **Los programas de intercambio internacional de operadores** de CT debidamente adiestrados para lograr un movimiento de expansión global como hicimos desde CISLA para Nueva York, desde CREA para República Dominicana y de ahí para la Cuenca del Caribe, Centro y Sur América y los EEUU.
 8. **El reconocimiento del factor espiritual arquetípico (universal, ecuménico)** como componente esencial para la rehabilitación integral (la Individuación de Carl G. Jung) utilizando el estudio de los sueños, y el uso del litio quelatado para facilitar los estados meditativos, auto-hipnóticos y de visualización mandálica que nos ayude a obtener introvisión en los factores inconscientes (arquetipales) que influyen en nuestras actitudes y conductas conscientes.⁹

III. Los nuevos desarrollos en los últimos 20 años desde mi perspectiva son:

1. **El descubrimiento, por primera vez, del efecto estabilizador (equilibrador) sobre el desorden de atención subyacente** en toda conducta adictiva (compulsiva, repetitiva, obsesiva) que ejerce una suplementación alimentaria de dosis bajas de litio quelatado con amino ácidos esenciales. **El litio quelatado no es tóxico (a diferencia del litio carbonato), no es adictivo, no tiene efectos secundarios (el ser humano está acostumbrado a ingerir un promedio de 500 microgramos (mcg) de litio vegetal a diario en su alimentación corriente).** El litio quelatado (con amino ácidos, con levadura de cerveza, con ácido fólico - vitamina B13, o con gluconato) se consigue sin receta médica en la mayoría de las tiendas de productos naturales de salud.¹⁰
2. **La introducción de la Nutrición Ia como el protocolo preferido para la nutrición** de nuestros participantes que consiste de nutrientes esenciales (necesarios pero que el cuerpo no los produce) para nutrir y reparar el epigenoma, donde ocurre la mayoría de las variaciones genéticas que son responsables de los desórdenes de la atención.¹¹
3. La confirmación clínica durante los últimos 17 años de que el consumo de litio quelatado, en dosis empíricamente determinadas al nivel individual mediante el método de monitorías semanales (tertulias de Inducción y clínicas en vivo y

⁸ *Is Drug Rehabilitation Possible Through Out-Patient Services?*, Pontificium Consilium Pro Familia, Città del Vaticano, Año III, No. 1, 1998.

⁹ "Manual de Tratamiento Intermedio" (www.addapr.org).

¹⁰ Ramirez, E. *El Tratamiento de la Gama de Desórdenes de Déficit de Atención (GDDA) por Deficiencia de Litio en una Comunidad Terapéutica Ambulatoria.*, XI Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Buenos Aires, Argentina, abril 12-14, 2007. (www.addapr.org)

¹¹ www.club120.net

cibernéticas del manejo del litio quelatado) resulta efectivo en la **regulación de los descontroles temperamentales como la agresividad, la callosidad (sociopatía), la impulsividad, la irritabilidad, la bipolaridad afectiva, la ansiedad, la sexualidad exagerada y las fobias.**¹²

4. El hallazgo de que **una Comunidad Terapéutica Ambulatoria del modelo caribeño puede lograr la mayoría de los beneficios asociados con los programas residenciales**, y que podemos hacerlo con menos gastos (comunidades auto-sostenibles) y con **menor esfuerzo: es suficiente un operador clínico, a tiempo completo, jornadas parciales para administradores, contables, secretaria y mantenimiento, y una plantilla de Individuantes voluntarios (por intercambio de tratamiento por trabajo) del grupo de Re-entrada y del grupo de Acción Comunitaria Generativa.** Esta ha sido la experiencia de la CTAOP desde el 1993 detallado en www.addapr.org.
5. La conclusión clínica, que debido a sus patrones genéticos compartidos con el participante, **la familia constituye la unidad meta del sistema integral de sanación de la Comunidad Terapéutica modelo caribeño.** Es requisito para entrar al programa de la CTAOP que los familiares genéticos que estén accesibles participen, desde la evaluación inicial (evaluación familiar) hasta la re-entrada y la etapa de acción comunitaria generativa en Comunidades Terapéuticas Hogareñas (CTH) (Ref. www.addapr.org/comunidadterapeuticahogareña).
6. La decisión programática, en el 1993, de **substituir el enfoque médico alopático (enfocado en medicalizar síntomas) por un sistema alternativo naturista (libre de fármacos) que he llamado “La Práctica de la Sanación Naturista Alternativa (libre de drogas y de codependencias profesionales) para psiquiatras, psicólogos, consejeros y ex-adictos”.**¹³
7. **La sustitución de las técnicas tradicionales psiquiátricas (enfocadas en el pasado) por un sistema existencialista basado en las técnicas del Diálogo Terapéutico, las Tertulias de ayuda mutua y esfuerzo propio en asambleas de pares en las distintas fases del sistema, con enfoque proactivo, no retroactivo, inspirado por las tradiciones de los maestros Sufí.**¹⁴
8. **La elaboración y desarrollo de la Operación Serenidad para Puerto Rico en la UNESCC** consiste de (hasta ahora) **unas 40 iniciativas de Acción Comunitaria Generativa** para que Individuantes en la fase de re-entrada puedan explorar sus vocaciones para ayudar al prójimo como la CT los ayudó a ellos(as). Este plan es **paralelo con el Plan “Beyond 2008” lanzado por la UNODC (United Nations Office on Drug Addiction and Criminality)** con la idea de unir esfuerzos gubernamentales y de las ONGs a nivel mundial (los países miembros de las Naciones Unidas) para

¹² Base de Datos de la Clínica de Investigación de la Comunidad Terapéutica Ambulatoria de Ocean Park (CTAOP 1993-2000 www.addapr.org/manualdeorientacionbasica).

¹³ Texto en preparación

¹⁴ Manual Intermedio de Tratamiento (www.addapr.org)

reducir la vulnerabilidad humana a las adicciones y sus complicaciones mentales, psicosociales y psicosomáticas.

IV. En conclusión, una mirada al futuro:

Mi experiencia de 50 años en el campo de las adicciones me ha convencido de que **la vulnerabilidad de la humanidad a las adicciones estriba en la pandemia global del déficit de atención.**¹⁵ También mi experiencia me indica que **el déficit atencional es una condición epigenética, y por lo tanto reversible con nutrigenómica básica con el litio quelatado** como catalítico regulador biogenético para todo ser humano.

Nuestra misión a largo plazo, para el futuro de nuestros hijos y sus descendientes, es dejarles **un legado de las mejores oportunidades para una salud integral**, física, mental, social, ecológica y espiritual no sectaria. También tenemos que fomentar una educación humanista, conciencia ecológica, y una comunicación familiar y comunitaria armoniosa.

En nuestra red caribeña de Comunidades Terapéuticas llamamos este ideal “La Operación Serenidad”, la cual no es una utopía fantasmagórica sino una extrapolación probable, dentro de lo posible, de las experiencias de la Comunidad Terapéutica de los últimos 50 años, a la humanidad entera.

Nuestro “Plan 2018 y Más Allá”, la implementación operacional de la Operación Serenidad, es una propuesta práctica donde se identifican docenas de iniciativas de Acción Comunitaria Generativa (ya vamos por 40), alrededor del liderazgo de grupos de Individuantes y sus familias extendidas (sus círculos de influencia) sus amigos, vecinos, compañeros de trabajo, sus correligionarios, sus clubes, asociaciones cívicas, comités vecinales, etc. **Los Individuantes líderes adiestrados y supervisados por su Comunidad Terapéutica Ambulatoria de origen** llevan consigo sus testimonios personales de sanación integral, sus destrezas comunicativas (Diálogo Terapéutico, la técnica Sufi de la Tertulia) y su experiencia personal (vivencial, no académica) del concepto CTC (Comunidad Terapéutica Modelo Caribeño) y sus conocimientos de sanación naturista nutrigenómica.

El futuro de esta práctica de sanación natural por psiquiatras, psicólogos, consejeros, trabajadores de salud, y operadores para-profesionales de CTCs, así como el Plan 2018 y Más Allá y la colaboración con los organismos internacionales (WFTC, UNODC, WHO, etc.) **está en las manos de los Individuantes rehabilitados en nuestro sistema** internacional. En mis 50 años de experiencia he observado como del 10-15% de los egresados de la TC se han motivado naturalmente para ayudar a otros. Yo los llamo “los Índigos”, para los años ’60

¹⁵ Entrevista hecha al profesor Ferguson por Janet Tassel, publicada en Harvard Magazine, mayo-junio 2007, bajo el título “The Global Empire of Niall Ferguson: Doing history on a sweeping scale”. El profesor Ferguson sostiene que el colapso de nuestra civilización se hace inminente debido a tres factores: la pobre distribución de la riqueza, la pobre utilización de los recursos humanos, y el nivel pandémico del déficit atencional (denegación) que es el más importante por ser causa de los primeros dos.

ellos se llamaron a sí mismos “la nueva raza”. Estoy convencido que **la Nueva Raza de Índigos Individuantes son una esperanza para el bien de una nueva humanidad.**

El futuro de nuestros esfuerzos también está en las manos de un enorme grupo de **familiares, amigos y profesionales que han sido testigos de los admirables logros de nuestros ex-adictos.** Esta población creciente de testigos, según se vaya reconociendo, adiestrando y respaldando por nuestras federaciones regionales de CTs, será instrumental en despertar una voz colectiva (“vox populi”) que pueda retar a los profesionales conservadores, convencionales, alopáticos y hasta retrógrados en su neo-liberalismo, para que **se familiaricen con nuestras alternativas libres de drogas y que les dan a nuestras redes de comunidades terapéuticas una oportunidad justa de ser consideradas como opciones viables para atender la pandemia global de los desórdenes de la atención,** y sus complicaciones mentales, psicosociales y psicosomáticas, empezando por el espectro de las adicciones.

Nuestras principales intenciones y deseos son:

1. Lograr un **entendimiento global sobre la relación causal entre la disfunción epigenética conocida como desórdenes de la atención (Attention Deficit Spectrum Disorders), y virtualmente la totalidad de las disfunciones mentales, psicosociales y psicosomáticas que afectan a la humanidad entera.**
2. Lograr una **confirmación global y validación clínica de los efectos correctivos de un protocolo nutricional nutrigenómico enriquecido con litio quelatado** en un contexto holístico de Comunidad Terapéutica al estilo Caribeño, especialmente para el tercer mundo mal nutrido. Los sectores “tercermundistas” en los países desarrollados.
3. Lograr un **reconocimiento más amplio del concepto de la CT,** y respaldo en todas sus modalidades, conocidas y comprobadas con capacidad viable de reforma psicosocial planetaria.
4. Lograr que la **Organización Mundial de la Salud (WHO) reconozca el litio quelatado como nutriente esencial para los humanos** con una dosis recomendada de alrededor de 1,200 microgramos por día.
5. **Hacer disponible, libre de costo como hago yo ahora, el sistema cibernético de autoevaluación de la personalidad** para toda persona que esté interesada en determinar si tiene el trastorno de déficit de atención (TDA) y para recibir orientación sobre lo que puede hacer a nivel hogareño para lidiar con la situación.
6. Hacer disponible, a través del **programa de capacitación de la UNODC y la UNESCO, módulos de adiestramiento en Comunidades Terapéuticas,** modelo Caribeño, en distintos países de la comunidad de la ONU, adaptados a sus respectivas culturas.
7. Establecer **una red social interactiva políglota mundial, entre líderes de Comunidades Terapéuticas hogareñas para compartir** información, técnicas, adiestramiento y supervisión para sus programas. Cuando las redes de acción social

generativas llegan a una masa crítica (¿el 1% de la población?) desarrollan el momentum necesario para afectar sustancialmente la opinión pública y por ende las políticas nacionales e internacionales.

8. **Llevar nuestro mensaje, con mucho amor, a los líderes conservadores, y dogmáticos de las organizaciones religiosas, académicas, gerenciales, políticas, incluyendo algunas organizaciones no gubernamentales, motivadas por objetivos ajenos a sus principios, a ver si se iluminan. ¡Quién sabe! ¡Ojalá!**

DocuCreate PDF Trial
www.pdfvizer.com

APÉNDICE A

PROYECTO PILOTO PARA DESARROLLAR
UNA FINCA-COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN HAITÍ
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES “RESTAVEC”

SE INVITA LA COLABORACIÓN DE
TODOS LOS INTERESADOS.
FAVOR DE COMUNICARSE CONMIGO,
EFRÉN RAMÍREZ, MD POR
EMAIL: ERAMIREZMD@GMAIL.COM

MISIÓN HAITÍ

La **Misión Haití** es un proyecto de salud mental para el hermano pueblo caribeño en el contexto de uno más amplio: la **Federación Eugenio María de Hostos de Comunidades Terapéuticas de Base Comunitaria**, libres de drogas que ofrecerá servicios psico-educativos a los 43 países de la Cuenca del Caribe, que así lo deseen. La Federación es la Iniciativa #34 del Plan 2018 y Más Allá de la Operación Serenidad de la Fundación FADDAPR (Ref. www.addapr.org).

Los siguientes puntos constituyen la propuesta fundamental de la **Misión Haití**:

1. Establecer una *Comunidad Terapéutica Residencial para Niños y Adultos de Alto Riesgo*. Este *Proyecto Piloto* estaría ubicado en una zona campestre, cultivable, en las afueras de Puerto Príncipe, equidistante de la frontera con la República Dominicana.¹⁶
2. *Nutrigenómica*¹⁷ para Haití. La comunidad haitiana ha descuidado su ecología y su nutrición esencial. Nuestra experiencia en la atenuación de la conducta inapropiada, tanto extrovertida (hacia el prójimo) como introvertida (contra uno mismo), mediante la *Nutrigenómica* a base de litio quilatado, nos sugiere una alternativa que estamos dispuestos a compartir con nuestros hermanos haitianos, si estos lo desean y la aceptan. Esta oferta sería *corazón operacional* de la **Misión Haití**.
3. Vemos en Haití una disfunción global, increíblemente catastrófica, causada por una vulnerabilidad epigenética resultado de siglos de malnutrición, servidumbre, explotación por las clases adineradas y sus vecinos del este. Ante esta situación sugerimos:

Colaborar con las 15,000 organizaciones no gubernamentales que llevan décadas ayudando a los haitianos cada cual por su lado, sin coordinación, para desarrollar con el tiempo, una *Federación Haitiana de Comunidades Base Comunitaria* de ayuda mutua y esfuerzo propio, auto-sostenibles, libre de adicciones (co-dependencias) y basada en los principios de la individuación del potencial epigenético humano.

4. La idea de la **Misión Haití** es identificar un liderato haitiano o francófono en Haití, Puerto Rico, Martinica, Guadalupe y en la Guyana francesa, para organizar un *Comité Timón Internacional*. Este *Comité* tendría una serie de conversatorios que se llevarían a cabo en el Centro de Estudios Avanzados de Puerto Rico y el Caribe. Simultáneamente, otro grupo de personas se reuniría con Leopoldo Díaz¹⁸ en la República Dominicana para desarrollar lo que ellos ya tienen: residentes de todas las

¹⁶ www.comunidadterapeutiacaribena.com

¹⁷ www.club120.net

¹⁸ Presidente del Programa de Comunidades Terapéuticas de República Dominicana (Hogar CREA Dominicano).

islas del Caribe, incluyendo el Caribe francófono. Con los francófonos egresados de esos centros formaríamos la primera Comunidad Terapéutica residencial fracoparlante en Haití, supervisado desde República Dominicana y Puerto Rico.

5. Le daremos atención a la población haitiana de mayor riesgo: los *restaveks*. Estos son niños enviados por sus propios padres a casa de familias pudientes para que éstas los mantengan a cambio del trabajo casero que estos puedan realizar. A menudo no les dan ninguna educación y, por ley, los sueltan a los 18 años a la calle, sin forma alguna de mantenerse, que no sea como sirvientes. Es una institución de esclavitud. Muchos entran a la prostitución y a las drogas. Hay más de 300, 000 *restaveks* actualmente.¹⁹
6. Entre los módulos de prevención²⁰ que vamos a desarrollar está los siguientes:
 - . un módulo de prevención, a ser usado por padres que son ex-adictos
 - . un módulo para los padrinos o madrinas de los *restaveks*
 - . un módulo de prevención para los potenciales desertores escolares
 - . un módulo para los padres que no saben bregar con sus hijos y tienen la tentación de soltarlos
 - . un módulos para los abuelos que crían nietos

La **Misión Haití** es un proyecto humanitario sin fines de lucro fundamentado en la buena voluntad y el trabajo voluntario de las personas que lo integran.

¹⁹ Fundación Jean Cadet Restavek.

²⁰ Para llevar a cabo primero en la Comunidad Terapéutica Ambulatoria de Ocean Park y en el Instituto de Estudios Avanzados de Puerto Rico y el Caribe en San Juan y luego en Hogares CREA dominicanos, y finalmente en la sede haitiana, en colaboración con la Oficina de Drogadicción y Criminalidad de la ONU en Viena y la UNESCO en París.

Documentos de Pre Admisión
Al Programa de Tratamiento
(Copyright© 2009 Efrén Ramírez, MD)
(Revisada agosto 2010)

Planilla #1- Información Demográfica

Nombre: _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre) (Inicial) (Edad)

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Lugar: _____ Hora: _____
Día Mes Año

Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Dirección del Trabajo: _____ Teléfono: _____
Afiliaión Religiosa: _____ Referido por: _____
Dirección Residencial y/o Postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____ Fax: _____
E-mail: _____ Portal Cibernético: _____
En caso de emergencia notificar a: _____ Parentesco: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Para menores de edad-padre o encargado: _____
Dirección: _____ Tel/Celular: _____

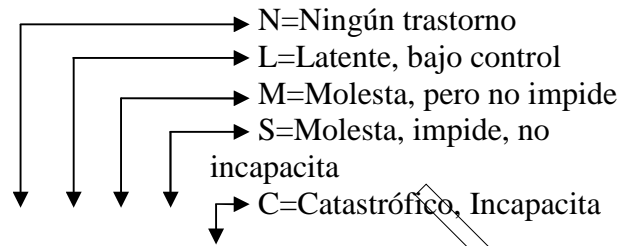
Plan médico () Privado () SSS () Medicare () JMC () MCS () Cosvi () Humana
() Cruz Azul () UTI () Cigna () ahc () First Medical () Otros
Especifique: _____
Número de Contrato: _____ Grupo: _____
Núm de autorización inicial: _____ Seguimiento: _____
Fecha de expiración: _____

Ha recibido tratamiento en el año vigente: Si ___ No ___ Diagnóstico: _____
Fecha último tratamiento: _____
Nombre del terapeuta: _____ Tratamiento: _____

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Planilla #2- Fenotipos de los Trastorno por Déficit de Atención
 (Criterios de Diagnóstico)

LEYENDA



LAS 20 Barreras al Éxito	N	L	M	S	C	TIPOLOGÍA
01 PESIMISMO MELANCOLICO- Temor al fracaso a base de experiencias previas (Miedos y Fobias)						Fóbico
02 DESORGANIZACIÓN- Dificultad en la planificación (Regueretea)						Esquizoide
03 PROCRASTINACIÓN- Dificultad en la iniciativa (Dejar para después)						Procrastinador
04 DISPERSIÓN- Involucrarse en muchas cosas a la vez (No termina lo que empieza)						Polivalente
05 ZAFADERA- Expresarse impulsivamente: falta de tacto (Contestón)						Imprudente
06 CONDUCTA ARRIESGADA- En búsqueda de estímulo y excitación (Le atrae el peligro)						Arriesgado
07 ABURRIMIENTO- Intolerancia al no tener nada que hacer (Hay que entretenerlo)						Impaciente
08 DESPISTE- Dificultad en la atención (Atención, concentración y memoria corta)						Inatento
09 INVENTIVA- Usar la creatividad para salir del paso (Tiende a fantasear)						Manipulador
10 REBELDÍA- Dificultad con normas y autoridad (Terquedad, Voluntarioso, Tiránico)						Oposicional
11 IRRITABILIDAD- Intolerancia a la frustración (Rabietas y Violencia)						Irrascible
12 IMPULSIVIDAD- Actuar sin considerar las consecuencias (Actúa sin pensar, violencia)						Impulsivo
13 PREOCUPACIÓN- Excesiva e innecesaria (Ansiedad anticipatoria)						Ansioso/Depresivo
14 INSEGURIDAD- Identidad inestable (Dependencia, apego)						Indeciso
15 BIPOLARIDAD AFECTIVA- Estados de ánimo fluctuantes (Inestabilidad Emocional)						Bipolar
16 INQUIETUD- Interno (Inasosiego) o Externo (hiperactividad) (Necesita hacer algo todo el tiempo)						Hiperactivo
17 ADICCIÓN- Patrones de conducta compulsivos y repetitivos (Tic, Manías, Ritualés)						Obsesivo
18 BAJA AUTOESTIMA- Tendencia al autocastigo y a infravalorarse (Piensa mal de sí mismo)						Autodestructivo
19 POBRE AUTOOBSERVACIÓN- Necesidad que le llamen la atención para darse cuenta de sus fallas (Negación)						Desconectado
20 HISTORIAL FAMILIAR- Confirmación del factor genético familiar (Otros TDA en la familia)						Familiar
Totales						

Comentarios Aclaratorios:

normal M S C
 —Trastorno—

Condiciones (por sistema)		N	L	M	S	C	Condiciones (por sistema)		N	L	M	S	C	
Auditivo	Presbiacucia						Infecciones	Cándida						
	Sordera Ocupacional							Herpes						
	Tinnitus							Hepatitis Viral						
Cardio	Circulación							Hongos						
	Padecimiento cardíaco/vascular							Papilloma virus						
Dental	Caries							VIH						
	Crujir de dientes							Venéreas						
	Gingivitis							Metabólico	Azúcar alta (diabetes fronteriza)					
Dermatológico	Acné								Azúcar baja (hipoglicemia)					
	Caspa								Cholesterol alto o muy bajo					
	Celulitis						Diabetes tipo1 _ tipo2							
	Erupciones						Nivel triglicéridos alto							
	Psoriasis						Obesidad							
Desarrollo	Espectro autista						Problemas de la tiroide							
	Impedimento en crecimiento						Problemas del hígado							
	Retardo mental						Musculoesquelético		Artritis					
Endocrino	Diabetes								Calambres nocturnos					
	Desorden de la pituitaria							Discos herniados						
	Menopausia							Dolores de espalda baja						
	Menstruación irregular							Esteoporosis						
	Síndrome peri menstrual							Tensión muscular						
	Problemas de la tiroide							Hiperactividad						
Gastrointestinal	Anorexia							Neurólogo	Insomnio					
	Bulimia								Migrañas					
	Colitis								Neuropatía					
	Crohn's (colitis regional)						Ofálmico	Nervios pillados						
	Diarreas							Cataratas						
	Estreñimiento							Degeneración macular						
	Inmunológico	Indigestión frecuente						Reproductivo	Keratitis					
		Problemas de los intestinos							Disfunción Erectil					
		Reflujo							Endometrosis					
		Respiratorio	Úlceras						Frigidez					
Alergias								Hipertrófia de prostata						
Artritis								Asma						
Cansancio crónico/Fibromialgia								Catarros Frecuentes						
Urinari	Catarros frecuentes						Sinusitis							
	Cáncer						Tabaquismo							
							Orina de más ____ de menos ____							
							Problemas de los riñones							

Condiciones autoinmunes						Uretritis			
-------------------------	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--

Planilla #5 -12 Fenotipos²¹ de la Personalidad Índigo

(Por auto observación y/o por retro alimentación)

	N	L	M	S	C
1. Autoimagen (se sienten reyes y se comportan como tiranos)					
2. Privilegiados (saben que se merecen los privilegios)					
3. Autoestima (positiva)					
4. Rebeldes con causa (ante la autoridad irracional)					
5. Intolerantes (con lo aburrido)					
6. Frustrados (con rutinas no creativas)					
7. Inventivos (son reformistas o inventores de alternativas mejores)					
8. Antisociales selectivos (excluyen los no afines)					
9. Indomables (ante el castigo y el regaño)					
10. Francos (dicen lo que quieren, sin ambages)					
11. Dármicos (se dejan llevar por sus propósitos de vida)					
12. Carismáticos (encanto personal, atractivos, persuasivos)					

Clave: N=(Nada) No se siente ni se expresa L=(Leve, latente) Se expresan poco, brádicamente
 M=(Moderado) Sin mayor impacto existencial
 S= (Superior) Impacto existencial notable-en el mundo interior, el de las relaciones y el espiritual
 C=(Carismático) Impacto existencial contundente

Cuatro Subpersonalidades Endofenotípicas Según su función mental predominante (Jung)

(Indicadores Vocacionales) (marque y todos los que apliquen)

I. Humanistas/Socialistas (Razón afectiva)

- Incluidos a trabajar con las masas
- Hiperactivos, sociables y amistosos
- Tienen convicciones firmes
- No son atléticos
- Tienen intereses múltiples
- Desparraman juguetes, ropa, libros y papeles
- Son procrastinadores
- Lectores ávidos desde la infancia

III. Artísticos/Bohemios (Percepción sensorial)

- Vidas sentimentales caóticas
- Problemas manejo dinero/tiempo
- Son manipulables
- Exploran multimedios de expresión
- Empiezan algo y lo dejan por otra cosa
- Incumplidores
- Se aburren fácilmente
- Propensos a sustancias psiquedélicas

II. Concursivos/Cerebrales (Razón intelectual)

- Se interesan por proyectos más que por personas
- Atlético
- Controladores, Impositores
- Tendencia a las drogas de adolescentes
- Arriesgados
- Manipuladores

IV. Interdimensionales/Psíquicos

- (Percepción intuitiva)
- Fueron niños "viejos"
 - "Saben" lo que tienen que hacer
 - Cuidan de los mayores
 - Inventan filosofías y religiones
 - Tienen experiencias fuera del cuerpo
 - Tienen facultades psíquica

²¹ Fenotipos-Características observables

Planilla #6- RELATO-ENTREVISTA INICIAL

Narrativo detallado sobre la condición presente.

1. ¿Cuál es su condición presente? (En sus propias palabras)

2. ¿Desde cuándo cree que la tiene?

3. ¿Qué tratamiento ha tenido a lo largo de toda su vida?

4. ¿Cuántas recaídas ha tenido?

5. ¿Que le motiva a buscar tratamiento ahora?

6. ¿Qué expectativas tiene al tratamiento que ofrecemos? ¿Qué le han dicho sobre el método?

7. ¿Conoce cómo es el tratamiento? (Manual de Orientación Básica en www.addapr.org)

8. ¿Cómo se enteró?

Planilla #7 – Notificación al Paciente de las Prácticas de Privacidad

Nombre del Paciente: _____

Usted, como paciente, debe conocer lo siguiente sobre el manejo de información que contiene su expediente:

1. La información del expediente del paciente es propiedad de la persona que recibe los servicios de salud bajo la custodia de esta oficina y no será removida de esta oficina salvo por Orden del Tribunal.
2. Toda la información contenida en el expediente es de naturaleza confidencial, por lo que solo el personal autorizado por la oficina y las entidades autorizadas por usted tendrán acceso a la misma.
3. La información en su expediente será utilizada sólo para propósitos de tratamiento, pagos y otras operaciones relacionadas a la salud.
4. La divulgación de información en este caso se limitará al mínimo necesario.
5. Usted como recipiente de los servicios de salud, tiene derecho a ver su expediente, y obtener copia del mismo, siempre y cuando lo solicite por escrito.
6. El procedimiento para ver el expediente u obtener copia del mismo es llenando una autorización de divulgación de información, la cual debe ser firmada por usted o tutor legal.
7. Su consentimiento libre y voluntario se requiere para divulgar información para cada uso no rutinario como por ejemplo: seguimiento de tratamiento en otro lugar, ofrecer información para propósitos de informe de empleo, instituciones financieras u otras investigaciones, estudios médicos y para enviar información mediante facsímil a otra institución.
8. Usted tiene el derecho de querrelarse, si entiende que se le han violado sus derechos o las normas y procedimientos de privacidad establecidas en esta institución.
9. Hay ciertas condiciones en las que se puede divulgar información sin autorización del paciente, tales como:
 - a. Vigilancia de los sistemas de salud para actividades de calidad de servicios
 - b. Salud Pública
 - c. Orden Judicial bajo Supeña
 - d. Emergencias Médicas
 - e. Otras actividades para el cumplimiento de la Ley
 - f. Actividades relacionadas a la defensa y seguridad pública
 - g. Directrices del paciente

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

Planilla #8-Derechos y Responsabilidades del Paciente:

Todo Paciente tiene el derecho de:

- A que se le ofrezca un servicio responsable donde se respete la dignidad y bienestar personal.
- Que se le explique, en un lenguaje o idioma que entienda su diagnóstico, tratamiento y medicamentos que utilizará, al igual que los beneficios y riesgos (si alguno) del mismo.
- Que se le provea información de los servicios que ofrece la CTA.
- Conocer la identidad y responsabilidad de todas aquellas personas que le brindarán algún tipo de servicio o cuidado.
- Derecho a ofrecer opinión con relación a los servicios que recibe, sin temor, a que sea objeto de represalias.
- Recibir tratamiento rápido y adecuado para desórdenes, incapacidades físicas o emocionales en un ambiente de mínima restricción.
- Plan de tratamiento individualizado que se ajuste a sus necesidades, al igual que ser informado de alternativas de tratamiento, el costo de los mismos y la cubierta del plan médico.
 - Ser participe de determinar el tipo de tratamiento individualizado que se ajuste a sus necesidades.
- Ser informado con anticipación de todo proyecto de investigación o experimento que esté considerado como parte de su tratamiento.
- A la confidencialidad y privacidad de su tratamiento y expediente médico, a no ser que haya una solicitud u orden del tribunal o algún consentimiento escrito del paciente para la divulgación de información, o en caso de emergencia.
- Recibir orientación y recomendación para la continuación de tratamiento luego que se hayan agotado los beneficios.

Responsabilidades del Paciente

Todo Paciente tiene la responsabilidad de:

- Respetar y ser considerado con el personal.
- Cooperar con el personal de tratamiento. Si está en desacuerdo con su plan de tratamiento, discutirlo con su terapeuta.
- Participar en el proceso de tratamiento o terapias de grupos educativos, reuniones de grupo que se le ofrezcan.
- Mantener bajo confidencialidad toda información que se le comunique a usted a nivel individual o de grupo.
- Proveer toda la información necesaria para llevar a cabo su tratamiento.
- Seguir las instrucciones del personal y normas de la clínica.
- Conocer sus medicamentos, cómo y cuándo los debe tomar.
- Expresar su opinión, inquietudes o quejas respecto a su tratamiento en forma constructiva al igual que cualquier irregularidad que usted entienda le resulta detrimental a su salud.

Yo, _____, certifico que he leído y entiendo **Los Derechos y Responsabilidades del paciente** que anteceden. Me comprometo a cumplir con todo lo expuesto en este escrito, por lo cual, firmo el mismo.

Firma del paciente

Fecha

Hora