



COMUNIDAD TERAPÉUTICA AMBULATORIA
Efrén Ramírez, MD –Maestro/Director
Calle Italia #2025, Urb. Ocean Park, San Juan, P.R. 00911
Tel. 787-726-5021
www.addapr.org - eramirezmd@gmail.com
www.litioquelatadoparalahumanidad.org

EL MODELO CARIBEÑO (“BORICUA”) DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DESDE SUS COMIENZOS EN EL 1961 HASTA HOY Y SUS PROYECCIONES FUTURAS

Copyright © 1963 Revisado 2014

Efrén Ramírez, MD

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

Hace **cincuenta años** comencé mi gestión de diseñar, organizar, manejar y supervisar comunidades terapéuticas libres de drogas con el respaldo 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**” resumí mis actividades durante el periodo de 30 años iniciales (desde 1960 hasta el 1989).¹

En este artículo 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 el texto en **cuatro secciones para destacar mi experiencia clínica como investigador independiente**, de los últimos 20 años en las siguientes categorías:

- I. La validación y la confirmación de 8 principios básicos** en el diseño y manejo de las comunidades terapéuticas de base comunitaria con el respaldo de profesionales de salud mental (desde el 1961).

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.comunidadterapeutiacaribena.com.

² Los artículos y materiales didácticos relevantes al periodo 1990-2014 están accesibles en línea, en español por www.addapr.org y en inglés, por www.addapr.info. Los enlaces relacionados son: www.litio nutriente esencial.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 (nutrigenómica).

- II. **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 biogenéticas** 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 ser de gran utilidad para **tratamientos correctivos** de estas condiciones a niveles primario, secundario y terciario.
- III. **El descubrimiento, ensayo y validación de varias técnicas, métodos y protocolos noveles** producto del trabajo investigativo independiente desde el 1993 en mi **Cooperativa 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.**
- IV. Finalmente, concluiré mi presentación con **8 predicciones, cara al futuro**, del movimiento global del modelo caribeño (boricua) de comunidades terapéuticas proyectado hasta el 2018, cuando rendiré informe a las ONU (Oficina Drogadicción y Criminalidad) sobre nuestros logros documentados en el **Estudio Longitudinal de Prevalencia y Resultados Terapéuticos.**

I. Ocho conceptos originales reafirmados y validados durante los últimos 20 años, desde mi perspectiva como investigador clínico independiente:

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 tanto en la academia como en la población general.
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 spectrum de desórdenes hereditarios de la atención como denominador común causal de las adicciones en todas sus manifestaciones.**
4. La hipótesis de que **el Modelo Caribeño (“Boricua”) de la Comunidad Terapéutica³ es un programa efectivo de tratamiento y prevención para**

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. 1, Page 43-53, Winter 1968.

trastornos mentales, psicosociales y psicosomáticos más allá del síndrome de adicciones a las drogas.

5. **El rol estelar del ex-adicto en recuperación** en todos los aspectos del tratamiento: manejo administrativo y respaldo 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 para atender adecuadamente su biogenética.
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 (experiencia de los Hogares CREA).

II. Ocho modificaciones y mejoras 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 (la CTAOP) 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 diez páginas de auto evaluación disponible “online” en www.addapr.org/clinicacibernetica, que identifica los 230 criterios de diagnóstico de disfunciones y que se usa como herramienta universal para hacer el diagnóstico, estimar el pronóstico y monitorear los procesos de tratamiento y rehabilitación.
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 Fiddick Peter, *Junkie cure Junkie* - Manchester Guardian Weekly, February 16, 1967. (www.addapr.info/testimonials)

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 Lito en una Comunidad Terapéutica Ambulatoria*, XI Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Buenos Aires, Argentina, abril 12-14, 2007. (www.addapr.org).

⁶ Ramirez, E. (ADD Addiction Connection), *Tratamiento Holístico de Déficit de Atención*. 2do. Congreso Latinoamericano del Déficit de Atención, Tropicmar Convention Center, Isla Verde, P.R. 30 de mayo de 2001.

4. La identificación, en más de 20,000 admisiones consecutivas a la CTAOP en los últimos 20 años, **del spectrum de desórdenes de la atención como indicador universal de alto riesgo para los trastornos adictivos.**⁷
5. El desarrollo de **una red social en internet** para extender el alcance del programa mediante **clínicas cibernéticas internacionales** (<http://groups.google.com/group/individuanes>).
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 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 introversión en los factores inconscientes (**arquetipales**) que influyen en nuestras actitudes y conductas conscientes.⁹

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

1. **El descubrimiento, por primera vez, del efecto estabilizador (ecuanimizador) 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 orótico (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 Nutrigenómica como el protocolo preferido para la nutrición terapéutica** de nuestros participantes que consiste de nutrientes esenciales

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

⁸ *Is Drug Rehabilitation Possible Through Out-Patient Services?*, Pontificium Consilium Pro Familia, Città del Vaticano, Anno 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)

- (necesarios pero que el cuerpo no los produce) para nutrir y reparar el **epigenoma**, (donde ocurre en la mayoría de las variaciones genéticas que son responsables de los desórdenes de la atención).¹¹
3. La confirmación clínica durante los últimos 20 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 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 sensibilidad, la sexualidad exagerada y las fobias**.¹²
 4. El hallazgo de que **una Comunidad Terapéutica Ambulatoria del modelo caribeño (“Boricua”)** 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, secretarías y mantenimiento, y un grupo 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 clínica básica, meta principal del sistema integral de sanación de la Comunidad Terapéutica modelo caribeño**. Es requisito para entrar al programa de la CTAOP que los familiares genéticos y de crianza que están accesibles participen, desde la evaluación inicial (**evaluación familiar**) hasta la re-entrada y la etapa de acción comunitaria generativa en Comunidad Terapéutica Familiar (CTF) (Ref. www.addapr.org/comunidadterapeuticafamilial).
 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 Integral Alternativa (libre de drogas y de codependencias transferenciales) para psiquiatras, psicólogos, consejeros y ex-adictos”**.¹³
 7. **La substitución de las técnicas tradicionales anamnésticas (enfocadas en el pasado) por un sistema existencialista dhármico 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 de antaño.¹⁴ El sistema

¹¹ www.club120.net

¹² Base de Datos de la Clínica de Investigación de la Comunidad Terapéutica Ambulatoria de Ocean Park (CTAOP 1993-2014 www.addapr.org/manualdeorientacionbasica.

¹³ Texto en preparación y para publicación on line para fin de año 2014, o a principios del 2015.

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

dhármico está enfocado en identificar y acercarse al propósito de la vida mediante el tratamiento integral nutrigenómico adaptogénico.

8. **La elaboración y desarrollo de la Operación Serenidad para Puerto Rico en la UNESCO** consistente de **iniciativas de Acción Comunitaria Generativas** 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 Of 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 reducir la vulnerabilidad humana a las adicciones y sus complicaciones mentales (salud mental), psicosociales (adicciones y criminalidad) y psicosomáticas (enfermedades crónicas y degenerativas).

IV. En conclusión, una mirada al futuro:

Mi experiencia de 50 años en el campo de la salud integral 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 como investigador clínico independiente me indica que **el déficit atencional es una condición epigenética, y por lo tanto reversible con nutrigenomía básica con el litio quelatado** como catalítico regulador genómico para todo ser humano (“La hipótesis epigenética de la conducta humana” Cap. IV del libro en preparación).

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 sectariana.

También tenemos que fomentar una educación humanista, consciencia ecológica, y una comunicación familiar y comunitaria armoniosa, con diálogo y tertulias terapéuticas. **En nuestra red caribeña de Comunidades Terapéuticas llamamos este ideal “La Operación Serenidad”**, la cual no es una utopía fantasiosa sino una extrapolación a la humanidad entera probable (dentro de lo posible), de nuestras experiencias en la Comunidad Terapéutica Boricua durante los últimos 50 años (www.litioquelatadoparalahumanidad.org).

Nuestro “Plan 2018 y Más Allá” (la implementación práctica de la Operación Serenidad), es una propuesta viable (probable dentro de lo posible) donde se identifican múltiples iniciativas de Acción Comunitaria Generativa, 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**

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.

Terapéutica Ambulatoria de origen) llevan consigo sus testimonios personales de sanación integral, sus destrezas comunicativas (el ejemplo personal de su grado de individuación, el **Diálogo Terapéutico**, y la técnica Sufi de **la Tertulia**) y su experiencia personal (vivencial, no académica) del concepto CTB (Comunidad Terapéutica Modelo Boricua) y sus conocimientos de sanación integral nutrigenómica.

El futuro de esta práctica de sanación por psiquiatras, psicólogos, consejeros, trabajadores de la salud, y operadores para-profesionales de comunidades terapéuticas, así como el Plan 2018 y Más Allá y la colaboración con los organismos internacionales (WFTC, UNODC, OMS, etc.) **está en las manos de los Individuantes egresados en nuestro sistema** internacional de tratamiento y rehabilitación. En mis 50 años de experiencia he observado como del 10-15% de los egresados de las TCs se han motivado espontáneamente para ayudar a otros. Yo los llamo **“los Índigos”**. Para los años '60 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 egresados.** 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 den 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 spectrum 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 (**“Boricua”**), especialmente para el tercer mundo mal nutrido y 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 (OMS)** 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 instrumento cibernético de autoevaluación de la personalidad (La Evaluación Octagonal 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 Boricua, en distintos países miembros de la ONU, adaptados a sus respectivas culturas, mediante la participación de individuos nativos.
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 (**Acción Comunitaria Generativa Globalizada**).
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. **VOCATUS ATQUE NON VOCATUS, DEUS ADERIT** (Llámelo o no, Dios está siempre presente).