

CÁNCER: ¿QUÉ ES Y QUÉ LO CAUSA? Causas exógenas

I Causas exógenas del Cancer

El cáncer sigue siendo para la comunidad científica una de las más importantes asignaturas pendientes. Especialmente porque se han dedicado a su estudio ingentes cantidades de recursos sin apenas resultados terapéuticos. Pero, ¿qué es el cáncer? ¿Qué lo provoca? ¿Cómo se diagnostica? ¿Tiene cura efectiva? ¿En qué casos? Demasiadas preguntas para responder en unas breves líneas. Hemos decidido acercar al lector a esta grave dolencia y explicarle en varios artículos lo que de verdad es y causa el cáncer. Y, por supuesto, cómo tratarlo.

Cáncer es el nombre que se da a la multiplicación descontrolada de una célula cuando pierde sus mecanismos normales de control en virtud de lo cual termina formando una masa celular más o menos compacta que invade los tejidos adyacentes y puede propagarse por el cuerpo, hecho éste al que se llama metástasis. Algo que puede suceder en cualquier tejido de cualquier órgano del cuerpo. Es decir, las células cancerosas son células normales que en un momento determinado cambian genéticamente -se modifica su ADN- a causa de algún "agente carcinógeno" siempre que sean "susceptibles" (o sea, que se trate de células propensas a contraer el cáncer). ¿Y cuáles son esos "agentes" que provocan el cambio de ADN en la célula genéticamente propensa y la llevan a ser cancerígena, es decir, a crecer de forma descontrolada y expandirse por el cuerpo? Pues son numerosos y luego los veremos pero pueden serlo tanto un producto químico como un virus, la radiación o, incluso, el exceso de luz solar. Aunque también una "irritación física crónica" aumenta el riesgo de que las células se conviertan en cancerosas.

Igualmente se sabe que el nivel de defensas del cuerpo es importante ya que el sistema inmunitario está capacitado para destruir cualquier célula cancerígena antes de que se reproduzca. Y, de hecho, lo hace a menudo. En cuanto a por qué a veces no lo logra se sigue estudiando y hay ya diversas propuestas para explicarlo, entre ellas que si una persona enferma es porque carece de determinados genes concretos. Ello explicaría que el cáncer sea más propenso a desarrollarse cuando el sistema inmunitario no funciona correctamente, como es el caso de las personas que tienen alguna de las llamadas "enfermedades autoinmunes", las infectadas por el virus del SIDA -enfermedad que precisamente deja sin defensas al enfermo- o el de quienes toman fármacos que frenan la respuesta inmunológica.

Ahora bien, ¿qué mecanismo lleva a la célula a sufrir esa

transformación en su interior y convertirse en cancerosa? Pues hay que decir que oficialmente se ignora aunque se han propuesto diversas teorías. Sólo se tiene la certeza de que tienen lugar determinados cambios cromosómicos, de que la célula pierde varios genes por alguna razón y de que eso es lo que la lleva al cambio del ADN y a crecer desmesuradamente.

A lo que hay que añadir la existencia de los llamados oncogenes, es decir, genes que provocan el cáncer. Se cree que a veces se trata de versiones anormales de los genes responsables del crecimiento y del desarrollo que están presentes sólo en el feto y que, por lo general, se desactivan de forma permanente tras el nacimiento. El problema es que en ocasiones esos genes se reactivan -no se sabe cómo ni por qué- y pueden provocar cáncer.

Hasta aquí, pues, la "explicación" oficial de por qué se produce el cáncer. Que, como puede verse, se limita a describir lo que sucede sin explicar qué lo provoca realmente.

FACTORES DE RIESGO

En cuanto a los factores de riesgo, sí se sabe que hay varios que pueden influir, coadyuvar o provocar el cáncer, como ya adelantamos antes. **Uno de ellos es la herencia genética**. Al menos, se ha constatado que hay familias con mayor riesgo que otras a desarrollar determinados tipos de cáncer. Así, el riesgo de desarrollar cáncer de mama en la mujer es hasta 3 veces mayor si la madre o la hermana lo padecieron antes. Algunos cánceres de mama están ligados a una **mutación genética específica** que, por cierto, es más frecuente en ciertos grupos étnicos y en algunas familias. Según las estadísticas, la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama entre las mujeres que tienen esa mutación está entre el 80% y el 90%, probabilidad que oscila entre el 40% y el 50% en los casos de cáncer de ovario. Otro ejemplo es el de quienes tienen el llamado Síndrome de Down; se trata de enfermos que tienen tres cromosomas en lugar de los dos habituales en el par 21 y el riesgo de que desarrollen una leucemia aguda es entre 12 y 20 veces mayor que en otras personas.

Pero la genética no es el único factor de riesgo. Existen más factores, otros **potenciales agentes cancerígenos**. Es el caso **del tabaco**. Hoy se sabe -aunque se oculta- que son muchos los ingredientes cancerígenos que contiene, especialmente los cigarrillos. Muchos más de los que se reconocen. Y que fumar causa buena parte de los cánceres de pulmón, boca, laringe y vejiga.

Otro factor de riesgo -bien conocido- es **la exposición prolongada a la radiación ultravioleta, sobre todo la que proviene del sol**. La mayor parte de los melanomas -cáncer de piel- se deben a ello. Y otro, las

radiaciones ionizantes. Son las que producen, por ejemplo, las explosiones atómicas y los reactores de las centrales nucleares. Pero no son las únicas. A fin de cuentas, esas mismas radiaciones se reciben desde el espacio exterior y pueden provocar cáncer directamente. Por eso es mayor el riesgo entre quienes viven en montañas altas, quienes se encuentran en zonas donde la capa de ozono ha desaparecido o disminuido en las últimas décadas y quienes pasan mucho tiempo volando, especialmente pilotos, mecánicos y auxiliares de vuelo de las compañías comerciales.

Como radiaciones potencialmente cancerígenas son las utilizadas para hacer radiografías. Los rayos X pueden provocar cáncer y, por tanto, toda persona debe ser consciente de ello y negarse a dejarse radiar sin auténtica necesidad. Especialmente porque buena parte de las radiografías que hoy encargan los médicos son innecesarias.

También hay numerosos productos químicos cancerígenos. Se sabe con certeza. Muchos de ellos utilizados en la construcción. Es el caso del asbesto, del amianto y de otros.

La alimentación es, asimismo, un importante factor de riesgo, particularmente del que afecta al sistema gastrointestinal. Y lo mismo que hoy se sabe que una dieta con alto contenido en fibra reduce la posibilidad de desarrollar cáncer de colon se sabe que una con alto contenido en productos ahumados y picantes incrementa la probabilidad de desarrollar cáncer de estómago. Las evidencias actuales sugieren además que consumir más de un 30% de grasas saturadas en la alimentación diaria (carne, embutidos, quesos, etc.) es un claro factor de riesgo. Y otro tanto puede decirse de quienes abusan del alcohol.

LA IMPORTANCIA DEL ENTORNO

El riesgo de cáncer también varía según el lugar en el que se viva. Durante mucho tiempo se pensó que determinados tipos de cáncer tenían mayor incidencia en unas razas que en otras pero resultó ser falso. El riesgo de cáncer de colon y mama, por ejemplo, es muy bajo entre los japoneses que viven en su país natal por lo que se pensó que se debía a alguna característica genética propia pero luego se comprobaría que esa incidencia era bastante mayor en los japoneses que emigraron a Estados Unidos llegando a igualar al resto de la población americana. Paralelamente, los japoneses tienen en su país porcentajes muy elevados de cáncer de estómago y, sin embargo, esa incidencia es más baja en los japoneses nacidos en Estados Unidos. Todo lo cual parece demostrar que aunque el papel de la genética es obvio en determinados casos no es, como algunos creen, un factor tan crucial en muchos otros. Influye de forma mucho más significativa el entorno en el que se vive, especialmente en lo que se refiere a las

costumbres alimenticias y al medio ambiente.

También se sabe que varios virus pueden provocar cáncer y se sospecha de varios otros. El papilomavirus -causante de verrugas genitales- está considerado el responsable del cáncer cervical en las mujeres, el citomegalovirus del sarcoma de Kaposi y el virus de la hepatitis B de cáncer de hígado (la verdad es que en este caso al menos no está claro si se trata de un agente cancerígeno o de un elemento coadyuvante). Incluso se afirma que algunos retrovirus humanos -como el VIH, responsable del Sida- causan linfomas y otros cánceres de la sangre.

Añadiremos, por último, que también algunos parásitos pueden causar cáncer. La literatura médica detalla varios casos.

Un punto importante que conviene en todo caso destacar, llegados a este punto, es que la incidencia del cáncer ha cambiado notablemente en las últimas décadas. Por ejemplo, algunos cánceres que antes eran corrientes hoy son raros. En algunos países el cáncer de estómago era hace sólo 60 años cuatro veces más frecuente que hoy, algo que se achaca al hecho de que hoy se consumen muchos menos alimentos ahumados. Por el contrario, el de pulmón ha aumentado muchísimo (hasta 20 veces) así como el de boca. Y se sabe que ello se debe al mayor consumo de cigarrillos. **AQUI**

¿TIENE ALGO QUE VER EL CÁNCER CON LA EDAD?

Oficialmente la edad es también un "factor de riesgo" importante en el desarrollo del cáncer. Así se concluyó al constatar que algunos tipos de cáncer afectan casi exclusivamente a personas jóvenes. Sólo que ese hecho no demuestra nada por sí mismo.

También se asegura que cuanto mayores somos, mayor es el riesgo de padecerlo. Hasta el punto de que los expertos aseguran que, a partir de cumplir los 25, el riesgo se duplica cada 5 años. Y todo porque la mayoría de los cánceres los padecen las personas de mayor edad y algunos, como los de próstata, estómago y colon, tienen más probabilidad de aparecer después de los 60 años. La verdad, sin embargo, es que a medida que envejecemos la mayoría de las personas cuentan con un sistema inmunitario más debilitado y por eso es más fácil que padezcan cáncer... y cualquier otra enfermedad. No porque el cáncer tenga algo que ver con la edad salvo que aceptemos que todas las enfermedades tienen algo que ver con la edad y, por ende, con el estado del sistema inmunitario.

De hecho, la importancia del sistema inmune es tal que está demostrado que el cáncer tiene 100 veces más posibilidades de aparecer en quienes toman fármacos que inhiben el sistema inmunitario (por ejemplo, los que se utilizan para evitar los rechazos

en los trasplantes o en algunas enfermedades reumáticas).

OTRAS CAUSAS DE CÁNCER

Imagino que muchos lectores estarán perplejos a estas alturas pensando en la cantidad de factores que pueden llegar a provocar la cancerización de una célula. Resumámoslos antes de seguir:

- 1)** La herencia genética.
- 2)** Determinados virus.
- 3)** Algunos parásitos.
- 4)** Una "irritación física crónica".
- 5)** La exposición prolongada a la radiación ultravioleta.
- 6)** Las radiaciones naturales del espacio.
- 7)** Los rayos X de las radiografías.
- 8)** Productos químicos radiactivos como el uranio y otros.
- 9)** Productos químicos utilizados en la industria como el arsénico, el asbesto, el alquitrán, el amianto, las aminas aromáticas, el benceno, los cromatos, el níquel, el cloruro de vinilo y otros.
- 10)** Productos utilizados en Medicina (los agentes alquilantes, el dietilestilbestrol, la oximetolona y el thorotrat, entre otros),
- 11)** Una inadecuada alimentación (por ejemplo, la ingesta excesiva de grasas saturadas, alimentos ahumados y picantes, nueces de betel y alcohol)
- 12)** El tabaco (en realidad, algunos de los cientos de productos que llevan los cigarrillos).

Factores de riesgo todos que inciden, en mayor o menor medida, a la hora de contraer o no cáncer según se encuentre nuestro sistema inmunitario, nuestro nivel de defensas.

Y hasta aquí la lista de los principales agentes carcinógenos reconocidos por los expertos. Todos ellos constatados. Sólo que no son los únicos: hay más y no menores en orden de importancia. En cuanto a las razones de que no estén aún reconocidos como tales son muy variadas pero la mayor parte se debe a los gigantescos intereses económicos que hay detrás de su posible reconocimiento.

Es el caso de los campos magnéticos y, sobre todo, de los campos electromagnéticos. Que una exposición prolongada a los campos generados por las torres de alta tensión produce cáncer está demostrado por mucho que estudios pagados por las propias compañías eléctricas pretendan demostrar que no es así. Y que muchos gobiernos abunden en esa idea para no tener que afrontar posibles indemnizaciones millonarias, también. Claro que no son sólo las torres de alta tensión: un simple radiodespertador encendido toda la noche y colocado en la mesilla de noche puede ser cancerígeno. De

hecho, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) acaba de pasar los campos magnéticos de la categoría de inocuos a la de potencialmente cancerígenos.

Otro tanto hay que decir de la exposición prolongada a las microondas. Las antenas y repetidoras de telefonía móvil son potencialmente cancerígenas. Es más, lo son incluso los actuales teléfonos móviles. Y muchos otros pequeños aparatos generadores de campos electromagnéticos. Basta con que el tiempo de exposición a ellos, a distancias cortas, sea muy alto. Aunque los miles de millones gastados en publicidad en los medios de comunicación social hagan silenciar a la mayor parte de estos esa verdad. Porque todos ellos emiten radiaciones que, si son muy prolongadas en el tiempo, pueden dañar las células.

Lo mismo que son potencialmente cancerígenas algunas radiaciones telúricas naturales. Los expertos en Geobiología vienen advirtiéndolo hace años sin que se les escuche. Lo que explicaría el hecho constatado -y no sólo en razón de la alimentación o de la forma de preparar los alimentos- de que hay cánceres relacionados con el lugar en el que se vive.

Añadiré que son numerosos los expertos que se han pronunciado ante esta revista para denunciar un hecho poco conocido: que los propios equipos de radioterapia que se utilizan para combatir el cáncer pueden ser -curiosa paradoja!- provocadores de cáncer. Y es que para alcanzar el órgano afectado y combatirlo con radiaciones se necesita radiar todos los tejidos intermedios, los que se hallan entre el aparato y el órgano canceroso. Y esa misma radiación puede cancerizar todos esos tejidos sanos.

Los factores de riesgo son pues, como vemos, más amplios de los que se nos dice.

EN DEFINITIVA, ¿QUÉ CAUSA EL CÁNCER?

En suma, una célula puede cancerizarse por todos los motivos expuestos siempre que además exista en ella una predisposición genética y el sistema inmune esté bajo de defensas y no actúe de manera inmediata para resolver por sí mismo el problema. Eso es lo que, al menos, afirma la Oncología oficial. ¿Y es eso correcto? Pues hay que decir que básicamente sí... pero sólo a medias. Porque aún admitiendo que todo lo dicho sea verdad sería sólo una parte de la verdad.

La auténtica verdad es que los factores de riesgo mencionados son los responsables de sólo una quinta o sexta parte de los cánceres. El 80 u 85% de los cánceres se deben en realidad a fuertes traumas emocionales, a shocks traumáticos inesperados vividos en soledad. Algo que la inmensa mayoría de los oncólogos ignora. Quizás porque

los problemas psíquicos y emocionales y las posibles consecuencias psicosomáticas de los mismos escapan a sus parcelados conocimientos. Es el clásico problema de la especialización en la Medicina. Algo que ya comentara en estas mismas páginas el Dr. **José Pérez Fernández**, director médico de la *Clínica Rochester* de Madrid, para quien no cabe duda alguna de que *"en la mayor parte de los casos la causa del cáncer no debe buscarse sólo en el ámbito físico sino también en el espiritual. Ciertamente, hay una somatización de todo problema psíquico y emocional en el plano físico pero centrar el tratamiento terapéutico exclusivamente en este último ámbito es un error. La Biología es importante pero no lo es menos la medicina del alma. Sobre todo cuando buena parte de lo que se cree saber hoy sobre Biología a nivel molecular está ahora mismo en entredicho". "En todo caso -añadiría-, cuando hablamos de cáncer hablamos de cambios que se producen no sólo a nivel microscópico sino energético. Cambios en el ADN celular que puede provocarlos tanto una radiación como un campo electromagnético, un producto químico como una enfermedad crónica, un virus como un parásito. Luego, ¿por qué no la bioquímica consecuencia de una emoción fuerte? No veo la diferencia?"*

El próximo mes nos centraremos pues, amigo lector, en las verdaderas razones que dan lugar al cáncer. Algo de lo que en muy buena medida depende la efectividad o inutilidad de los tratamientos oncológicos.

(II) Causas endógenas del Cancer

El pasado mes explicamos a los lectores en qué consiste el cáncer y cuáles son las causas exógenas -es decir, externas- que pueden llevar a padecer la enfermedad. Y también adelantamos que, sin embargo, la gran mayoría de los cánceres se deben a conflictos psicoemocionales inesperados e intensos vividos en soledad, es decir, a traumas psíquicos y emocionales que se somatizan. Algo que buena parte de los oncólogos no entiende ni asimila probablemente porque escapa a los conocimientos que han recibido.

El cáncer -es decir, la multiplicación descontrolada de una célula cuando pierde sus mecanismos normales de control a causa de lo cual termina formando una masa celular más o menos compacta que invade los tejidos adyacentes y puede propagarse por cualquier parte del cuerpo afectándole- se debe a la alteración genética que se produce en el ADN de una célula como consecuencia de su desarmonización o desequilibrio energético o de una decodificación errónea de la información recibida. Un cambio genético que, como contamos el mes pasado, puede deberse a múltiples causas externas

-o exógenas- que no está de más recordar antes de continuar y que son las siguientes:

1) La herencia genética (por activación de protooncogenes y oncogenes, algo que sin embargo predispone pero no determina).

2) Determinados virus (como el papilomavirus, el citomegalovirus del sarcoma de Kaposi o el virus de la hepatitis B), entre otros.

3) Algunos parásitos.

4) La irritación física crónica del organismo a causa de alguna patología.

5) Algunos productos químicos utilizados en la industria (son los casos del arsénico, el asbesto, el alquitrán, el amianto, las aminas aromáticas, el benceno, los cromatos, el níquel, el cadmio, el cromo, la bencidina, el cloruro de vinilo y otros) y de la agricultura (pesticidas y fertilizantes, especialmente los derivados del petróleo).

6) Determinados productos utilizados en Medicina (como los agentes alquilantes, el dietilestilbestrol, la oximetolona y el thiorat, entre otros)

7) Una inadecuada alimentación (por ejemplo, la ingesta excesiva de alimentos tóxicos, grasas saturadas, alcohol, nueces de betel y alimentos ahumados y picantes).

8) El tabaco y algunos de los productos presentes en los cigarrillos. Y,

9) Las radiaciones ionizantes. Hay que aclarar que se denomina radiación a toda energía que se propaga a través del espacio en forma de ondas. Sólo que unas son ionizantes y otras no. Las que no lo son -como la luz visible o las ondas de radio y televisión- no son peligrosas. Pero las ionizantes sí. Y éstas son de dos tipos: las electromagnéticas -constituidas por rayos gamma, rayos X y rayos ultravioleta- y las constituidas por partículas subatómicas. Por tanto, puede también provocar cáncer:

a) La radiactividad natural. Es el caso de los rayos cósmicos procedentes del espacio y de la propia de algunos minerales como el uranio o el torio. Sin olvidar al gas radón -procedente del uranio- que se encuentra de forma natural en la tierra así como el que procede de materiales de construcción, abonos fosfatados, componentes de radioemisores, etc.

b) Los campos magnéticos y, sobre todo, los electromagnéticos (en especial los generados por las torres de alta tensión).

c) Las microondas (antenas y repetidoras de telefonía móvil, especialmente).

d) Los materiales de desecho radiactivos de la industria nuclear, los hospitales y los centros de investigación.

e) La radiactividad que se incorpora artificialmente en muchos alimentos y bebidas durante su elaboración antes de ser

comercializados (los crustáceos, mejillones, chirlas y almejas la concentran especialmente).

f) Los rayos X de los aparatos médicos.

g) Las explosiones nucleares.

Que las radiaciones ionizantes son potencialmente cancerígenas no es discutible. Y que terminen o no provocando cáncer sólo depende ya de la distancia a la que se esté de ellas así como del tiempo e intensidad de la exposición y de la fortaleza del sistema inmunitario.

Y es que el nivel de defensas del cuerpo es importante ya que el sistema inmune está capacitado para destruir cualquier célula cancerígena antes de que se reproduzca, lo que de hecho hace a menudo.

Sin embargo, cuando alguien está bajo de defensas es más fácil que el cáncer aparezca o se desarrolle. Tal es la razón de que sean propensos a padecerlo quienes tienen alguna de las llamadas "enfermedades autoinmunes", las infectadas por el virus del SIDA y quienes toman fármacos que frenan la respuesta inmunológica. Como igualmente explica el hecho de que dos o más personas estén sometidas a un mismo factor de riesgo cancerígeno y unas enfermen y otras no. Ya hemos explicado antes que el sistema inmunitario está facultado para combatir y erradicar las células que se cancerizan y que si no lo logra es porque se encuentra bajo de defensas.

FACTORES ENDÓGENOS

Resumidas las posibles causas externas del cáncer hay que agregar que las mismas, pese a todo, no son sino la causa de la quinta o sexta parte de los cánceres. No menos del 80% de ellos se deben en realidad al desequilibrio energético, a la desarmonización integral del ser humano en un momento determinado por mor de disfunciones emocionales, algo que puede producirse de una manera lenta en el tiempo o de forma casi fulminante.

Lo que la gran mayoría de los oncólogos ignora porque no se les ha enseñado. Para ellos, la posibilidad de que el cáncer sea una enfermedad psicosomática -es decir, provocada por un conflicto emocional o psíquico- es absurda. Así lo piensa, por ejemplo, **Mariano Barbacid**, biólogo español considerado una de las mayores autoridades sobre cáncer quien me negaría en persona esa posibilidad durante el acto de celebración de la constitución del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) en Madrid. Para él, como para la mayoría de los oncólogos, la causa del cáncer -y, por ende, su curación- debe buscarse en el mundo microscópico, en el mundo celular y genético.

Quizás porque no recuerde o rechace inconscientemente que está científicamente demostrado que hay múltiples vías de comunicación

entre el sistema nervioso y el sistema inmunológico, miles de conexiones que mantienen estrechamente relacionadas la mente, las emociones y el cuerpo. Los biólogos, los fisiólogos y los médicos creyeron hasta hace sólo unos años que el cerebro (con sus diferentes ramificaciones a través del cuerpo vía sistema nervioso central) y el sistema inmunitario eran entidades independientes y, por tanto, no podían influirse mutuamente. Que no existía ningún tipo de comunicación entre los centros cerebrales y las regiones de la médula ósea encargadas de la fabricación de los linfocitos T. Hoy se sabe que estaban equivocados. Y, de hecho, ese descubrimiento daría lugar a una nueva ciencia, la Psiconeuroinmunología, actualmente a la vanguardia de la Medicina y de la que es destacado exponente **Francisco Varela**, neurocientífico de la Escuela Politécnica de París durante muchos años y con quien tuve oportunidad de conversar hace ya tiempo con motivo de la invitación que en su momento le cursé para asistir a un congreso que organicé en Madrid hace pocos años y al que, entre otros ponentes de talla internacional, vino un personaje entrañable con quien terminaría haciendo muy buenas migas: **Karl Pribram**, neurofisiólogo de la Universidad de Stanford y "padre" del modelo holográfico del cerebro.

En definitiva, actualmente se sabe que los mensajeros químicos más activos, tanto en el cerebro como en el sistema inmunitario, se concentran en las regiones nerviosas encargadas del control de las emociones. Para corroborarlo basta leer el trabajo de **David Felten**, *"La relación existente entre el sistema nervioso central y las células inmunitarias"* que publicara en *Journal of Immunology*. Felten, que empezó su trabajo de investigación observando que las emociones tienen un efecto muy poderoso sobre el sistema autónomo -encargado, entre otras cosas, de regular la cantidad de insulina liberada en la sangre y la tensión arterial-, terminaría logrando determinar el lugar en el que el sistema nervioso se comunica directamente con los linfocitos y las células macrófagas del sistema inmunitario.

Y descubrió también la existencia de conexiones nerviosas directas entre el sistema nervioso autónomo y las células del sistema inmune. Punto físico de contacto que permite a las células nerviosas liberar los neurotransmisores que regulan la actividad de las células inmunitarias. Bueno, en realidad la comunicación se establece en los dos sentidos. A continuación Felten efectuó un experimento con animales a los que extrajo algunos de los nervios de los nódulos linfáticos y del bazo -donde se elaboran y almacenan las células del sistema inmunitario- inoculándoles a continuación varios virus para ver cómo reaccionaba el sistema inmune. El resultado fue que el nivel de defensas del mismo fue muchísimo menor. Lo que vino a demostrar que si faltan esas

terminaciones nerviosas el sistema inmunitario no es capaz de responder adecuadamente a una invasión vírica o bacteriana. Algo que, en suma, vino a demostrar que el sistema nervioso no sólo está relacionado con el sistema inmunitario sino que es esencial para que éste funcione bien.

Otro de los elementos que demuestran la relación entre los sistemas nervioso e inmune lo indican las hormonas liberadas en situaciones de estrés. Las catecolaminas (la adrenalina y la noradrenalina), el cortisol, la prolactina y los opiáceos naturales (como la beta-endorfina y la encefalina), todas ellas hormonas liberadas en situaciones de tensión, tienen una clara influencia sobre el sistema inmune. De hecho, es lo que explica que el estrés disminuya puntualmente el nivel de respuesta de las defensas del organismo. Sólo que cuando el estrés es intenso y prolongado la inhibición puede llegar a ser permanente. A partir de entonces se han realizado numerosas investigaciones cuya descripción excede de las posibilidades de un mero artículo divulgativo como éste pero que demuestran las conexiones entre el cerebro, el sistema cardiovascular y el sistema inmunitario. Sepa el lector, en todo caso, que *American Psychologist* publicó ya en 1987 un metaanálisis que revisó los resultados de 101 trabajos de investigación llevados a cabo con miles de personas y que demostraba hasta qué punto son dañinas para la salud las emociones negativas, los shocks traumáticos, la ansiedad crónica, la angustia, el miedo irracional, el estado de irritabilidad constante, la ira, el odio, el rencor, el pesimismo, la melancolía exagerada, la desconfianza extrema y la depresión.

No se quiere decir con esto que tales actitudes y emociones lleven sin más a enfermar pero sí que pueden llevar a sufrir cualquier enfermedad -incluido el cáncer- si se mantienen en el tiempo o son muy intensas e inesperadas; especialmente si se viven en soledad porque no tener la oportunidad de compartir una vivencia traumática con alguien hace que esa energía se acumule y bloquee pudiendo provocar desequilibrios energéticos importantes. Desde ataques de asma pasando por jaquecas, úlceras o artritis hasta problemas cardiovasculares y cáncer.

Bruce McEwen, psicólogo de *Yale*, demostró por su parte ya en 1993 (*Archives of Internal Medicine*) que el estrés compromete la función inmunitaria hasta tal extremo que, entre otras cosas, acelera notablemente los procesos de metástasis. Es más, el estrés sostenido puede afectar incluso al cerebro, especialmente al hipocampo, lo que puede llevar a la pérdida de memoria.

En suma, hay suficientes evidencias de que las emociones negativas y el estrés afectan directamente al sistema nervioso y, por ende, al sistema inmune.

A pesar de lo cual, la mayoría de los oncólogos -y muchos otros médicos- son aún reacios a aceptar la relevancia de las emociones en la somatización de las enfermedades. De muchas de ellas, no de unas pocas.

LA NUEVA MEDICINA

Llegados a este punto, es decir, una vez ha quedado claro que las emociones afectan al sistema nervioso y que éste está íntimamente relacionado con el sistema inmunitario, encargado de las defensas del organismo y cuyas células están capacitadas para resolver cualquier proceso canceroso, cabe preguntarse cuándo, en qué condiciones y de qué manera han de desarrollarse esos traumas emocionales para que den un lugar a un cáncer.

Pues bien, en ese sentido hay que mencionar los trabajos del mundialmente conocido médico alemán **Ryke Geerd Hamer**, de quien tanto Mariano Barbacid como los expertos que congregó durante la presentación oficial del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) pretendieron hacerme creer no haber oído hablar nunca.

Doctor en Física y en Medicina -con varias especialidades-, Hamer fue jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Oncológico de Munich y hasta el momento en que propugnó sus teorías estaba considerado en su país una eminencia científica.

Entonces Hamer no se diferenciaba en su concepción de la salud y la enfermedad de sus colegas. Sin embargo, todo cambiaría un día en que, encontrándose en Córcega junto a su mujer y su hijo **Dirk**, una bala perdida disparada por el **Duque de Saboya** -pretendiente al trono de Italia- alcanzaría a éste en el cuello mientras dormía en la cubierta de un barco.

Dirk estaría entre la vida y la muerte seis meses y terminó muriendo. Dos meses después tanto Hamer como su esposa, también médico, enfermaron de cáncer. Él en un testículo y ella en una mama. Aquello les sorprendió. Ambos eran aún jóvenes y jamás habían sufrido enfermedades de importancia. Luego, ¿por qué se les había manifestado simultáneamente un cáncer a cada uno? Lo único distinto que había sucedido en sus vidas era la inesperada muerte del hijo...

Así que ambos se preguntaron si la aparición de sus cánceres no tendría que ver con ello, si habría relación entre las enfermedades, las emociones y la psique; es decir, si las enfermedades o muchas de ellas -y, en especial, el cáncer- no serían, ante todo, psicosomáticas.

Decidieron averiguarlo. A fin de cuentas Hamer trabajaba entonces como jefe del servicio de Medicina Interna del hospital y podía desarrollar una investigación profunda adecuadamente. Por tanto, desarrolló un amplio protocolo científico. ¿El resultado? Pues, sencillamente, descubrió cuestiones tan importantes que han

revolucionado la concepción tradicional de la Medicina, de las causas de las enfermedades, de su desarrollo y de su curación. Porque, en efecto, él y su mujer descubrieron -entre otras muchas otras cosas verdaderamente importantes- que la mayoría de los cánceres son psicosomáticos, es decir, producidos por shocks traumáticos emocionales. Y que todo conflicto biológico de este tipo, antes de manifestarse en el cuerpo, produce una disfunción en el cerebro que puede detectarse mediante una Tomografía Axial Computerizada (TAC) ya que provoca una ruptura del campo electrofisiológico o electromagnético como consecuencia de lo cual se altera el órgano que esa parte del cerebro está regulando.

Desde entonces se habla en muchos ámbitos de una nueva medicina: la *Nueva Medicina* de Hamer. Pero como quiera que el asunto es importante -y extenso- nos ocuparemos de ello el próximo mes. Hasta entonces.

(III) El origen emocional del cáncer y la "Nueva Medicina" de Ryke Geerd Hamer

En los dos artículos precedentes hemos explicado brevemente que el cáncer puede aparecer desarrollarse en el organismo por causas externas a la persona -algo que sucede en aproximadamente una quinta parte de los casos- o por causas endógenas -motivo de al menos el 80% de los cánceres-. Entre las causas externas se habló tanto de la posible predisposición genética como de los agentes potencialmente cancerígenos admitidos por los oncólogos, lista a la que se añadieron otros cuyo reconocimiento no se hace por las implicaciones económicas y políticas que ello tendría para distintas multinacionales y gobiernos. En cuanto a las causas endógenas, nos limitamos a explicar que la mayoría de los cánceres se deben en realidad a conflictos biológicos originados por shocks emocionales traumáticos inesperados que se viven en soledad. Y adelantamos que así lo había demostrado Ryke Geerd Hamer. Pero, ¿de quién estamos hablando?

Como ya adelantamos el mes pasado, la gran mayoría de los casos de cáncer se deben a shocks traumáticos inesperados que se viven en soledad y aislamiento. Shocks que mientras en unos casos provocan la desarmonización energética del organismo de forma casi fulminante, en otros lo hace de forma más lenta y paulatina.

Añadiré que el hecho de que el cáncer -como otras muchas dolencias- pueda tener su origen en un fuerte shock psíquico y emocional es algo que vienen afirmando investigadores, médicos y terapeutas desde

hace mucho tiempo pero no es menos cierto que quien lo demostró -más allá de toda duda razonable- tras sistematizar científicamente sus investigaciones fue el médico alemán **Ryke Geerd Hamer**, uno de los hombres más injustamente perseguidos y vilipendiados de nuestra historia reciente. De hecho, me parece vital explicar quién es este médico alemán del que estamos hablando antes de entrar en lo que asevera porque quienes afirman que sus postulados no tienen fundamento científico alguno no utilizan precisamente argumentos científicos para desacreditarle sino exabruptos y descalificaciones. Es más, han intentado hacerle pasar por un desequilibrado peligroso cuyas facultades mentales están perturbadas para que se le encerrara en un psiquiátrico. Y han logrado incluso que, siendo médico, se le metiera durante un año en la cárcel por "intrusismo profesional" ya que -dicen- ejerció como tal estando inhabilitado para ello. Lo que no se dice es que todo parece indicar que esos "pacientes" -tres- fueron mandados a hacer ese "papel". Ni que Hamer se limitó a darles una serie de explicaciones sobre lo que postula en "La Nueva Medicina" sin tratarlos como médico y, por tanto, cobrar por sus servicios. Una conspiración, en suma, orquestada por gente sin escrúpulos que, carentes de ética, de vergüenza y de argumentos científicos que oponer a los de Hamer, utilizaron argucias legales para quitarlo de la circulación. No en vano el negocio del cáncer mueve billones de pesetas. Que haya pues medios de comunicación importantes dispuestos a hacer ese juego no debe tampoco extrañar a nadie. Aunque la mayoría lo hagan por pura ignorancia.

QUIÉN ES RYKE GEERD HAMER

Nacido en la localidad alemana de Frisia en 1935, Hamer se casaría teniendo sólo 21 años con otra aspirante a médico, **Sigrid Oldenburg**, sólo un año después de superar el examen de acceso para estudiar Medicina. Sin embargo, influido sin duda por sus padres -pastores protestantes- se licenciaria primero en Teología en Erlangen. Luego, en 1959 -con 24 años- Hamer aprobaría el examen estatal de Medicina de Marbourg y terminaría licenciándose en Ciencias Médicas con las especialidades de Psiquiatría y Pediatría. Formación que, por cierto, complementaría con los estudios de Física donde llegó a completar doce semestres aunque no llegó a efectuar el examen. En 1961 obtendría el grado de Doctor en Medicina trabajando durante varios años en clínicas universitarias de Tübingen y de Heidelberg, lugar donde también ejercería la docencia. En 1972 se especializaría en Medicina Interna y efectuó investigaciones sobre "*la angiometría de los tumores cerebrales*". Asimismo, obtendría diploma de radiólogo. Hamer es además inventor. Así, inventó el escalpelo eléctrico que lleva su nombre y que permite operar de forma no traumática -corta casi 20

veces más finamente que un bisturí normal- y de una sierra especial para las intervenciones óseas. También tiene patentada una couchette para masaje que se adapta automáticamente al contorno del cuerpo y un aparato que permite el diagnóstico serológico transcutáneo. Se trataba, en suma, de un médico de sólida reputación y un prestigio innegable.

Sin embargo, todo cambiaría en 1978 cuando -como contamos el pasado mes- la muerte de su hijo por un disparo le llevaría tanto a él como a su mujer a desarrollar sendos cánceres -él en un testículo, ella en una mama- no tardando mucho en relacionar ambos hechos. A partir de ese instante iniciaría una investigación que le llevaría a determinar lo que denominó "*Ley de Hierro del Cáncer*", piedra angular alrededor de la cual se articularía lo que hoy se conoce como "*La Nueva Medicina*".

En octubre de 1981, convencido de que su descubrimiento podía ayudar a mucha gente, decide presentarlo para su validación en la Universidad de Tübingen. ¿Y por qué en ella? Pues porque la ley alemana obliga a las universidades a pronunciarse respecto de los trabajos de los médicos doctorados en ellas y Hamer se doctoró en Tübingen.

Sin embargo, y para su sorpresa, el tribunal médico designado al efecto, en una decisión insólita, le coloca ante la alternativa de abjurar de su tesis o abandonar de inmediato su trabajo clínico en la institución. Hamer insiste en que se compruebe lo que afirma y espera. Y en mayo del año siguiente la Universidad de Tübingen le devuelve sus documentos de trabajo sobre la relación entre psiquismo y cáncer... pero sin haber efectuado verificación alguna.

Posteriormente, en 1986, viendo que sigue manteniendo sus ideas, la Universidad de Tübingen le abre un proceso para prohibirle el ejercicio de la medicina "por no querer abjurar de la Ley de Hierro del Cáncer y no asumir las tesis convencionales sobre el cáncer". El acto se celebra en una sesión única en 1990 y en el mismo se le declara como una persona incapaz de controlarse y, por tanto, incompetente para juzgar las necesidades de tratamientos contra el cáncer. Se le inhabilita como médico. Y encima, el tribunal decreta que no existe posibilidad alguna de que se vuelva a revisar su caso. Hamer, sin embargo, acude a los tribunales y exige que la Universidad de Tübingen se pronuncie sobre los descubrimientos que presentó en lugar de limitarse a descalificarle. Y gana: en 1986 el tribunal condena a la Universidad de Tübingen a reabrir el proceso de inhabilitación de Hamer y a pronunciarse sobre lo que éste plantea. Pero la universidad guardaría silencio durante 8 años!: hasta 1994. Y sólo para volver a declarar -el 22 de abril- que "*en el marco del proceso de habilitación del Dr. Hamer no está prevista la verificación*" de sus asertos.

Y no crea el lector que durante todo ese tiempo Hamer dejó de ser perseguido. El 21 de julio de 1988, a instancias de quienes habían decidido retirarlo de la circulación, el tribunal de primera instancia de Coblenza le citó para que compareciera y decidir si estaba en su sano juicio sometiéndole a un examen psiquiátrico, algo de lo que se encargaría el profesor **Horn**, director del hospital psiquiátrico regional. Sin embargo, el intento de internarlo a la fuerza en una institución psiquiátrica con el fin de callarle -o, al menos, desprestigiarle- fracasa. Sólo unos meses después, el 9 de diciembre de 1988, el profesor titular de la cátedra de cancerología de la Universidad de Viena, **Dr. Jörg Birkmayer**, declararía -para sorpresa general- que había verificado la veracidad de la llamada Ley de Hierro de Hamer. Verificación a la que seguirían otras posteriores realizadas por equipos médicos de Munich y Chambéry. Otros colegas médicos, obviamente, se interesarían de inmediato en ello. Y el 24 de junio de 1992 se anuncia que de nuevo ha vuelto a verificarse. Así se recoge en un comunicado oficial de la Facultad de Medicina de Dusseldorf firmada por el profesor **E. A. Stemmann**.

Todo esto, sin embargo, no paralizaría los ataques. Es más, desde entonces los intentos de desprestigio y desacreditación del Dr. Hamer y de sus descubrimientos han sido constantes. Y así, el 21 de mayo de 1997 fue de nuevo arrestado. Resulta que, como oficialmente seguía inhabilitado para ejercer por no abjurar de sus afirmaciones, fue acusado de practicar la Medicina por asesorar a unas personas que le habían consultado sobre sus problemas cancerígenos. Por lo que la juez, en Colonia (Alemania), decidió encarcelarle basándose en tres razones. La primera, que había infringido la ley de práctica médica. Es decir, como estaba inhabilitado para ejercer como médico es obvio que sus consejos los había hecho como vulgar curandero y eso lo castiga la ley. Así que se aplicó la norma al respecto, aprobada en la época de Hitler. Muy apropiada al caso. Especialmente porque, para mayor sarcasmo, Hamer se limitó a dar unos consejos y ni siquiera cobró por ello. La segunda razón fue "no atenerse a razones". Es decir, negarse a abjurar de sus convicciones. Una exigencia más propia de la época de la Inquisición que del siglo XXI. Y tercero, que existía el "temor fundado" de que se fugase a España. Para mayor escarnio, la resolución judicial indicaba que el doctor Hamer sólo podría ser visitado en prisión media hora dos veces al mes, previa solicitud y, a ser posible, en grupo. Medidas propias de un peligroso criminal. He de decir que seguí aquel vergonzoso proceso muy de cerca y publiqué ampliamente en su momento todo este sinsentido sufragando los gastos para que **Itziar Orube**, colaboradora de la revista que entonces dirigía, pudiese asistir en directo en Alemania al juicio. Han pasado varios años pero la sensación de asco ante determinados actos

de ¿justicia? como éste aún me revuelven el estómago. Cabe añadir que son muchos los médicos que verificaron las afirmaciones y postulados de Hamer. Hay casi una treintena de estudios al respecto, algunos oficializados notarialmente. Sin embargo, no se les ha dado credibilidad alguna. Siempre con el argumento de que el reconocimiento oficial de algo así sólo podía hacerlo una universidad oficial. Entonces sí sería reconocida...

Pero quienes se excusaban con tal argumento mentían. Porque el 8 y 9 de Septiembre de 1998 los postulados de la Nueva Medicina fueron también verificados y confirmados oficialmente por la Universidad de Trnava, en Eslovaquia, como certificaron con sus firmas los doctores **J. Miklosko** -Vicerrector de la Universidad-, **V. Krcmery** -Decano de la Facultad- y **J. Pogády** -Catedrático de Psiquiatría y Presidente de la Comisión-. Una certificación que, textualmente dice:

"Durante los días 8 y 9 de Septiembre de 1998, en el Servicio de Oncología del Instituto Oncológico Santa Isabel de Bratislava, y ante la presencia del Vicerrector de la Universidad de Trnava, del Decano de la Facultad de Enfermería y Naturaleza Social de la Universidad y de diez personas más, entre docentes y catedráticos, han sido examinados siete casos de pacientes con más de veinte enfermedades. Los protocolos médicos de dichos casos, establecidos por el Dr. Hamer, se adjuntan a la presente. Se trataba de constatar la comprobación de su sistema en base a reglas científicas de reproductibilidad. Los hechos ocurrieron de la siguiente manera: de las cerca de cien pruebas que se pueden examinar en cada enfermedad según las reglas de la Nueva Medicina (no pudieron ser examinadas todas por falta de datos), en todas las que se pudo comprobar se constató que se cumplían con exactitud las leyes naturales de esta Nueva Medicina.

Los abajo firmantes aseguramos que, en su presentación, realizada en dos ejercicios de verificación, se confirma su sistema con mucha probabilidad. Valoramos en gran estima el compromiso ético, humano y paciente del Dr. Hamer así como su nueva aproximación integral al paciente.

Considerando todos estos factores estamos convencidos de que la cuestión de la pronta aplicación de la Nueva Medicina debe ser efectuada con urgencia."

Cabe añadir que hoy son miles los médicos convencidos en todo el mundo de que Hamer tiene razón y siguen sus enseñanzas, recogidas en lo que vino a denominar "La Nueva Medicina". A pesar de que algunos colegios médicos españoles abrieron también expedientes a algunos afiliados que decidieron seguirla. Porque también en España hay médicos que han sufrido persecución por compartir los planteamientos de Hamer. Aquellos que se atrevieron a decir que tenía

razón o, simplemente, que lo que planteaba tenía sentido y había que investigarlo. Hoy, conscientes de que el sistema los aplastaría si insisten en decir lo que piensan en público, trabajan en silencio. Discretamente. Conozco a médicos de toda España en esa situación. Es más, la estrategia adoptada por los prebostes de la Oncología es hacerse los tontos cuando se les pregunta por Hamer, mirarse los unos a los otros con cara de fingida sorpresa y decir que no saben quién ese señor por el que se les pregunta. Lo he vivido varias veces, la primera de ellas durante el acto de presentación del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) que dirige **Mariano Barbacid**. Por supuesto, todos lo conocen. Sin excepción.

EL PLANTEAMIENTO DE HAMER

Llegados a este punto, el lector que no ha oído hablar de Hamer ni de lo que postula se estará preguntando qué afirma ese médico alemán para que haya sufrido tamaña persecución. Y es sencillo: Hamer afirma que el cáncer es un proceso biológico natural que el cuerpo pone en marcha cuando alguien sufre un shock traumático inesperado. Lo que él llama un choque conflictivo biológico. Y que mientras dura el conflicto, el cáncer se extiende. Sin embargo, si el conflicto se resuelve el cáncer se detiene y el propio organismo lo hace desaparecer. Por lo que **en muchos casos** la mejor manera de curar un cáncer es actuar sobre el problema psíquico y emocional dejando a continuación, resuelto a ese nivel el conflicto, que actúe la naturaleza. Sin interferencia alguna. Y, por tanto, evitando radiarle, darle quimioterapia o envenenarle con otros tóxicos. Porque eso sólo agrava el problema e impide la recuperación. Es más, para Hamer la mayor parte de las muertes en los casos de cáncer no se deben a éste sino a los tratamientos que los médicos aplican intentando "curarlo".

"En las estadísticas oficiales facilitadas por el Centro Alemán de Investigación del Cáncer de Heidelberg -cuenta Hamer- se puede leer que son pocos los pacientes que después de cinco años sobreviven al tratamiento con quimioterapia. La Fiscalía de Wiener Neustadt tuvo que admitir, por el contrario, que de los 6.500 pacientes -la mayoría con cáncer avanzado- cuyas direcciones incautaron en el registro que efectuaron en el Centro para la Nueva Medicina de Burgau sobreviven todavía 6.000 después de 4 a 5 años; es decir, más de un 90%".

Y añadiría, atónito y dolido: *"En los últimos años he sufrido amenazas de muerte, caza de brujas, persecución por los medios de comunicación y prohibición de ejercer la medicina así como diversos intentos de atentado y amenazas de psiquiatrización forzada -por distorsión de la realidad- hasta llegar a ser encarcelado todo un año simplemente por informar gratuitamente a tres personas sobre la Nueva Medicina. ¿Le parece a alguien normal?"*

LA NUEVA MEDICINA

Imagino que tanto las peripecias como las afirmaciones de Hamer habrán dejado perplejos a la mayor parte de los lectores, especialmente a los médicos. Y, sin embargo, no son aseveraciones gratuitas o infundadas. Es más, la Nueva Medicina de Hamer da respuesta a la causa de la mayor parte de las enfermedades así como pautas sobre su curación. Una Nueva Medicina que se fundamenta en cinco Leyes Biológicas que explican no sólo qué es el cáncer sino cómo se cura: dejando simplemente actuar al organismo. Pero como quiera que su explicación requiere cierto espacio para que el lector lo comprenda bien le invito a leerlo el próximo mes en detalle.

En todo caso, debo adelantar ya desde este instante que si bien la mayor parte de las afirmaciones de Hamer son correctas y las ha demostrado fehacientemente discrepamos con él en una cuestión importante: en su afirmación de que todo cáncer tiene un origen traumático. Esa afirmación cabe matizarla porque, a juicio de otros muchos expertos, sólo es cierta en el 80 u 85% de los casos. En la mayoría, pues, pero no en todos. Y es que existen causas externas no psíquicas ni emocionales que pueden provocar un error de decodificación en las células que las lleven a cancerizarse como ya explicamos en los dos primeros artículos de esta serie.

Ello no obsta, empero, para que las aportaciones de Hamer nos hayan permitido entender a todos mucho mejor qué es en realidad el cáncer y cómo se cura y, por tanto, merezcan nuestro más sincero reconocimiento. Hablaremos de todo ello en el próximo número.

(IV) El origen psicosomático. ¿SE CURA SOLO EL CÁNCER?

Lo que genéricamente se denomina cáncer -y que puede manifestarse en un tumor sólido, una proliferación celular como la leucemia, una úlcera carcinomatosa o una necrosis tumoral- no es en realidad una "enfermedad" sino un proceso biológico natural que el cuerpo pone en marcha cuando se sufre un shock traumático inesperado generador de un "conflicto biológico". Conflicto que, mientras no se resuelve, lleva al organismo a responder con toda una serie de cambios en sus células que pueden provocar diversas patologías, cáncer incluido. Sin embargo, cuando se soluciona ese conflicto -o conflictos- de forma definitiva -y no sobrevienen recaídas -recidivas- se entra en un proceso de curación en el que al enfermo, una vez ha conocido y comprendido el cómo y el para qué de su enfermedad, le basta seguir unas sencillas medidas terapéuticas no agresivas para sanar, entre las que no se

descarta la cirugía).

Quien asegura todo lo que se explica en la entradilla de este reportaje es el doctor **Ryke Geerd Hamer**, probablemente el médico más vilipendiado, atacado e injustamente perseguido de las últimas décadas en Europa como ya explicamos en el número anterior de la revista. Unas aseveraciones que, sin embargo, están ampliamente fundamentadas y corroboradas por otros médicos e, incluso, por instituciones universitarias. Porque, afortunadamente, Hamer empieza a no estar solo en su lucha por explicar qué es el cáncer y cómo afrontarlo. Aunque nosotros tengamos que manifestar que su afirmación de que "todos" los cánceres tienen un origen traumático debiera ser matizada y decir la "*mayoría*".

Pero vayamos, tal como prometimos el mes pasado, a explicar los descubrimientos y conclusiones de Hamer. Descubrimientos que tendrían lugar a raíz de un hecho dramático acaecido en su vida: la muerte accidental de su hijo **Dirk** de un disparo fortuito. Porque aquel inesperado fallecimiento marcó tan profundamente a Hamer y a su mujer **Sigrid** -también médico- que al poco tiempo se manifestó en él un cáncer de testículo y en su mujer un cáncer de mama. Un nuevo drama que llevaría a reflexionar al matrimonio Hamer y le haría preguntarse si la muerte de su hijo no tendría relación con la aparición de sus cánceres, si no habrían somatizado su conflicto psíquico y emocional. Aquello -como ya conocen los lectores que nos vienen siguiendo- llevaría a Hamer, al estudiar a fondo la génesis del cáncer, a toda una serie de importantes descubrimientos.

Hoy su trabajo está plasmado en lo que ha dado en llamarse la *Nueva Medicina*, corpus doctrinal que permite entender no sólo el origen y desarrollo del cáncer sino de la mayor parte de las enfermedades. Y que está resumida en lo que Hamer denomina las *Cinco Leyes Biológicas*. Veámoslas brevemente aunque, para comprenderlas en plenitud, habría que comentarlas de forma más extensa.

1ª LEY BIOLÓGICA

La primera conclusión o descubrimiento al que Hamer llegaría sería que "el cáncer tiene su origen en un shock traumático inesperado que se sufre en soledad", un impacto conflictivo de contenido dramático en el ámbito psíquico que le pilla a uno a contrapié. Algo que, como decimos, a nuestro entender es así en la mayor parte de los casos pero no en todos. Los casos de niños en los que se ha manifestado un cáncer por el simple hecho de vivir al lado de torres de alta tensión o antenas de telefonía móvil son un ejemplo. Sin embargo, para entender en su justo término lo que quiere decir Hamer, hay que aclarar que también puede haber conflictos biológicos tanto durante el

desarrollo del embrión y del feto como en el momento del nacimiento (por ejemplo, por un parto traumático) y durante la etapa inicial de la vida.

Obviamente, Hamer empezaría a sospechar la relación shock traumático-cáncer al reflexionar sobre su caso y el de su esposa. Así que, aprovechando que trabajaba como jefe de servicio en un hospital se dedicó a indagar si entre los enfermos de cáncer que ingresaban en él había habido shocks fuertemente traumáticos poco antes de que la enfermedad apareciera. Y constató que así era. Posteriormente se daría cuenta además de que el tipo de problema y, sobre todo, la forma en que se vive el conflicto, también está relacionado con el órgano que resulta afectado. Una relación a la que decidió denominar "colorido" del conflicto. Animado, decidió ampliar su investigación y averiguar si esa relación no se produciría también en pacientes con otro tipo de patologías distintas al cáncer descubriendo que, en efecto, muchos de los enfermos reconocían haber sufrido determinados problemas antes de enfermar. Y que, además, los habían somatizado de similar manera, es decir, con las mismas patologías o enfermedades en función del "colorido" del conflicto.

Resumiendo, Hamer comprobó que en la práctica totalidad de los casos de cáncer estudiados las personas habían sufrido previamente un fuerte conflicto. Y que, en función del tipo de conflicto y de cómo vivieron el mismo -una ruptura de pareja, la muerte de un ser querido, el despido del trabajo, etc.- se veían afectados unos órganos u otros. Circunstancia a la que, insistimos, llamó "colorido" del conflicto. Hamer, en cualquier caso, remarca la diferencia que existe entre conflicto psíquico o emocional y conflicto biológico. Para lo cual propone 5 criterios definitorios y, sobre todo, llama la atención en que el contenido del conflicto -pérdidas, separaciones, amenazas...- sean conflictivas, dramáticas, vividas en soledad y que nos cogen a contrapié.

EL CONFLICTO SE PLASMA EN EL CEREBRO

Demostrada la relación mente-enfermedad, Hamer se preguntaría si en el cerebro, órgano regulador de la mente, ese conflicto no se plasmaría también de alguna manera. Es decir, si en los casos de enfermedad -y especialmente de cáncer- no se vería en él algo anormal si se hiciera un escáner cerebral con un moderno TAC (Tomógrafo Axial Computerizado). Así que, con el fin de constatarlo, se dedicaría a partir de ese momento a hacer escáneres cerebrales a todos sus enfermos comprobando que aparecían en todos ellos una serie de marcas en forma de diana (círculos con un punto central). Sin embargo, sus compañeros le "aclararían" que en realidad aquellas marcas circulares eran fallos del sistema que se habían bautizado

como "artefactos" y que no se correspondían con nada real. Es decir, que se trataba de fallos corrientes en el funcionamiento de la máquina porque ésta, al emitir su radiación, lo hace en forma de círculos. Y que, en consecuencia, no debían tenerse en cuenta porque no reflejaban nada real. Solo que a Hamer aquella explicación no le convenció y se preguntó si esas "dianas" no podrían deberse a alteraciones del campo electromagnético del cerebro ocasionadas por el conflicto. Y como se trata de un científico, en lugar de especular decidió averiguar la verdad. Para lo cual entró en contacto con la empresa alemana Siemens, fabricante de los aparatos, a fin de determinar con sus técnicos si esas dianas eran realmente debidas o no a fallos técnicos. La empresa, desde el principio, negó que fuera así y accedió a realizar conjuntamente con Hamer un protocolo de investigación durante seis meses para demostrarlo. Sólo que el estudio se interrumpió a los dos ante la evidencia de los resultados: los llamados "artefactos" no eran fallos del aparato. Luego la causa tenía que ser otra. Y la demostración de que tenía razón fue sencilla: colocar a un paciente en cuyo escáner apareciese uno de esos artefactos boca arriba y con la cabeza apoyada sobre la nuca y, posteriormente, con la cabeza de lado. Era obvio que si la diana se debía a un fallo del aparato aparecería en ambas placas en el mismo lugar. Pero si reflejaba algo del interior del cerebro la diana se desplazaría en la misma proporción que se desplazaba la cabeza. El resultado fue claro: la diana se desplazaba demostrando que el aparato reflejaba algo del interior del cerebro. Pues bien, a esas "marcas" que reflejan el conflicto en el cerebro las bautizaría como *"focos de Hamer"*. Algunos de sus detractores argumentarían que si lo que plantea Hamer fuera cierto esas "dianas" aparecerían también al realizar una resonancia magnética nuclear (RMN), cosa que no ocurre. Sin embargo, olvidan -o ignoran- que la razón de que ello sólo suceda al efectuar un TAC es que en la alteración de campo electromagnético no hay "momento magnético del núcleo" y, por tanto, al no haber vector de campo magnético éste no puede ser captado por la resonancia magnética nuclear. Y la razón para que no haya "momento magnético" es que éste sólo se produciría si el número de protones y neutrones producidos en los núcleos atómicos situados en el área enmarcada por la diana fuera impar pero cuando se produce un conflicto emocional la diana cerebral contiene un número par de protones y electrones, razón por la que no emite vector de campo magnético que pueda ser captado por la RMN. Precisamente en esa circunstancia se basa la RMN, en la captación de esos momentos magnéticos. Siguiendo el curso de sus investigaciones, Hamer descubriría que los escáneres cerebrales no sólo muestran a veces señales en diana sino que también aparecen otro tipo de marcas, redondas pero oscuras,

que son identificadas como edemas y que pueden verse en los focos donde antes estaban las dianas. Pues bien, según Hamer eso indica que el conflicto está en vías de solución. Es decir, que si donde antes había una diana aparece luego una mancha oscura es señal de que el conflicto se está resolviendo y el órgano afectado en vías de regeneración!

Hamer terminaría comprendiendo pues, al analizar tantos casos, que un impacto psicoemocional de las características definidas anteriormente se plasma de inmediato en el cerebro y, prácticamente de forma instantánea, en un órgano. Y que el hecho de que el conflicto se manifieste como un cáncer o como otra "enfermedad" depende sólo del grado del mismo, de su intensidad. Es decir, que el cáncer se desarrolla fundamentalmente cuando se trata de un shock traumático de alta intensidad que le pilla a uno completamente desprevenido y que, además, se vive en soledad, en aislamiento, sin compartir los sentimientos y pensamientos con las personas de alrededor. Al impacto inicial que pone en marcha el conflicto biológico Hamer lo bautizaría -en recuerdo de su hijo- como Síndrome Dirk Hamer (DSH). Asimismo, constataría que la misma situación puede desencadenar distintos tipos de cánceres en unas personas y otras. Algo que, según Hamer, depende del "colorido", es decir, de la manera en que se vive y se siente esa experiencia traumática (algunos investigadores comentan, en este punto concreto, que quizás el hecho de que el órgano afectado sea uno u otro no dependa de lo que postula Hamer sino de que el cáncer, simplemente, se manifiesta en el órgano que se encuentra más debilitado).

LA DESAPARICIÓN DEL CÁNCER

En suma, el cáncer -y cualquier otra enfermedad equivalente- no sería sino la respuesta con la que reacciona el cuerpo ante un conflicto importante. Conflictos conocidos y que, de forma general, la Psicología del Comportamiento cataloga hoy dividiéndolos en arcaicos, modernos e intermedios, según el curso del proceso evolutivo de las especies. Los conflictos arcaicos son los relacionados con la nutrición y la protección -necesidad de supervivencia y de protección de la integridad del cuerpo y las vísceras vitales para la vida- por lo que están regulados por el cerebro reptiliano o cerebro antiguo. Los conflictos más modernos corresponderían a los de desvalorización y, sobre todo, los de territorio. Y los intermedios a los de separación y de nido, aunque esta división es relativa ya que los de "nido" corresponden al periodo anterior.

¿Y por qué hago mención de esto?, se preguntará el lector. Pues, sencillamente, porque sabiendo mediante un TAC qué zonas cerebrales han sido afectadas por el conflicto podemos prever qué órgano u

órganos probablemente se vean, a su vez, afectados. Y no nos extenderemos en este punto para no ser prolijos en aspectos demasiado técnicos que no están al alcance todos los lectores pero, con el fin de que se entienda mejor, recogeré un caso planteado por el propio Dr. Hamer. *"Si una mujer diestra de 40 años sorprende a su marido "in fraganti" con una bella muchacha de 18 años en el lecho conyugal lo más probable, si quiere a su marido, es que tenga un conflicto de tipo sexual. Pero también uno de desvalorización en relación con su pareja por lo que seguramente sufrirá descalcificación del hombro derecho. Si la muchacha, sin embargo, no es una joven bonita sino una prostituta el conflicto sexual seguirá presente pero a él se añadirá un conflicto de pareja -lo que puede ocasionarle un cáncer en el seno derecho-, un conflicto de territorio, uno de asco (de pensar que la prostituta estaba en la cama del matrimonio), lo que le puede llevar a una hipoglicemia."*

Cabe añadir que algunos conflictos se "graban a fuego" en nosotros. Y que a veces basta sentir uno de los elementos del conflicto para revivirlo por completo con la misma intensidad. Por ejemplo, porque a nivel inconsciente nos recuerda el hecho traumático el color parecido del pelo en otra joven, la forma de la cara, la figura, el olor corporal, el perfume... De ahí la importancia que Hamer da a indagar todos los elementos que originaron el conflicto a fin de evitar que algún elemento suelto pueda volverlo a activar. Una tesis que, por cierto, comparten otros muchos expertos y a la que dan una importancia trascendental. Es el caso de **Joaquín Grau**, que tan bien plasma en su excelente *Tratado Teórico-Práctico de Anatheóresis*, obra que a mi juicio debería ser de obligada lectura en todas las universidades y que recomiendo a todo médico que esté leyendo estas líneas.

En definitiva, ese hecho explica que un cáncer aparentemente curado pueda volver a manifestarse en el mismo órgano al cabo de un tiempo. Por eso es muy importante diagnosticar el DHS y los "raíles" o circunstancias acompañantes que pone en marcha. A fin de cuentas, el cáncer sólo desaparece cuando el conflicto queda definitivamente resuelto.

Ahora bien, Hamer se encontraría con algo que parecía echar por tierra su tesis: casos en los que las personas aseguraban haber vivido un conflicto -e, incluso, estar viviéndolo en ese momento-, comprobar que el escáner mostraba la señal correspondiente y, sin embargo, constatar también que la persona, orgánicamente, no tenía síntoma alguno. Y al revés, es decir, personas que relataban haber vivido hacía tiempo un conflicto, haberlo resuelto, no haber tenido problema alguno durante esa fase y que, justo tras resolverlo, les sobrevino la enfermedad.

Un aparente contrasentido que conciliaría su segunda ley o *Ley del*

carácter bifásico de las enfermedades que dice así: *"Toda enfermedad sigue una evolución bifásica cuando el conflicto biológico que la dio origen ha sido resuelto"*. Expliquémoslo.

2ª LEY BIOLÓGICA

En realidad, a la *"segunda ley de la Nueva Medicina"* se la conoce más como *Ley de la Simpacotonía y Vagotonía*. Y viene a indicar que a todo *Síndrome Dirk Hamer* (DHS) -es decir, a todo shock traumático inesperado que te pilla de improviso y se vive en soledad- sigue siempre una etapa de simpacotonía o fase activa del conflicto y otra de vagotonía o fase resolutive o curativa del mismo.

Dicho de otro modo: tras la vivencia de todo suceso que ocasiona un conflicto biológico el cuerpo pone en marcha un sistema para procesar y resolver ese conflicto. A fin de cuentas, tenemos un sistema biológico extraordinariamente bien concebido para proteger la vida. En la primera etapa, también llamada fase fría, el organismo se prepara para enfrentar el conflicto. Es el llamado periodo de simpacotonía y es muy importante ya que permite a la persona sobrevivir a pesar del gran impacto que acaba de sufrir y movilizar sus energías para la solución de su problema. Normalmente cambia el carácter de la persona y suele estar irritable, nerviosa y malhumorada. Come menos, duerme poco -o no duerme-, adelgaza y las palmas de las manos están muy frías.

A esa fase la sigue la de vagotonía o fase caliente, terapia natural que ofrece la naturaleza y que responde a la necesidad de descanso absoluto a fin de permitir al organismo la recuperación, tras la resolución del conflicto. Y aunque en ella es donde empieza en realidad la curación es la fase que, paradójicamente, los médicos convencionales suelen identificar con la enfermedad propiamente dicha puesto que es cuando aparecen los primeros síntomas físicos evidentes de la enfermedad. Síntomas que pueden ir desde inflamaciones hasta, incluso, tumoraciones cancerígenas, lo que depende de la zona cerebral que se haya visto afectada durante el shock traumático (luego veremos esto).

En esta fase se edematiza -es decir, se hincha de líquido y se inflama- tanto el Foco de Hamer -en el cerebro- como el órgano afectado; algo que puede comprobarse con un simple TAC. Es un periodo en el que la persona siente una gran fatiga y suele padecer sudoración, fiebre, pérdidas de sangre y fuertes dolores. Lo que tiene lugar hasta el día en que aparece la crisis epileptoide -o crisis de curación- que, dependiendo de la enfermedad, puede presentarse como un punto de máximo agotamiento y/o de fiebre muy intensa y que es el "momento de la verdad" en caso de las enfermedades graves.

Hamer también descubrió que cada tipo de conflicto desencadena una

manifestación diferente. Así, cuando hay conflictos que afectan a la motricidad la crisis no es epileptoide sino epiléptica, con las convulsiones conocidas. Asimismo, constató que en la primera parte de la vagotonía los síntomas son tolerables, en la segunda se incrementan y en la tercera parecen alarmantes. Es cuando se suele recurrir al médico, cuando se hacen análisis y los valores sanguíneos aparecen alterados. Los marcadores tumorales (las pruebas que se hacen ahora para el cáncer) pueden estar igualmente disparados si, en este caso, el crecimiento celular se da en los cánceres que proceden de la capa embrionaria mesodérmica moderna y ectodérmica. Y claro, los médicos se alarman. Sobre todo porque no entienden que esos síntomas concretos son los indicadores que el problema está resolviéndose, no agravándose. El mensaje de ese proceso biológico es "*descansa, reposa, permanece quieto*". En suma, esa fase de crisis -epiléptica o epileptoide- no es sino el sistema que utiliza la naturaleza para evacuar los edemas a nivel cerebral y orgánico, que es la situación más peligrosa (caso de la neumonía, infarto de miocardio, embolia pulmonar, estatus asmático...)

En esa etapa de vagotonía hay, pues, un breve periodo en el que se vuelve al estado de simpacotonía y tiene lugar una vasoconstricción -que aprieta y ayuda a evacuar el edema-, especialmente a nivel cerebral. Tras las crisis epileptoides, dependiendo de la magnitud, la persona entra en una fase de poliuria (emisión de gran cantidad de orina durante un periodo de tiempo) y puede también aparecer fiebre y sudoración, medios naturales que el cuerpo tiene para enfriarse (modular su temperatura). Se puede entonces ayudar al organismo aplicando compresas frías a nivel local y cerebral.

3ª LEY BIOLÓGICA

Conocida como *Ley del sistema ontogénico de los tumores y enfermedades afines* viene a decir que cuando el DHS -o shock traumático inesperado que se vive en soledad- "impacta" durante la fase activa del conflicto en una zona perteneciente al cerebro antiguo aparecen tumores en los órganos que proceden tanto del endodermo como del mesodermo antiguo (glándulas y capas protectoras como la pleura, el peritoneo, la dermis...) mientras que si impacta en una zona del cerebro moderno lo que se producen son necrosis o ulceraciones en los órganos relacionados con el mesodermo moderno y ectodermo (huesos, ganglios, piel, tubos excretores de las diversas glándulas -bronquios, conductos biliares, pancreáticos, píloro, curvatura menor del estómago...).

Hay que aclarar a las personas poco duchas en fisiología que cada órgano del cuerpo tiene su -para entendernos- "relé cerebral", es decir, su correspondencia con cierta zona específica del cerebro

humano. Y que éste regula (ver dibujo) las tres capas u hojas embrionarias: el endodermo, el mesodermo (antiguo y moderno) y el ectodermo (el endodermo y el mesodermo antiguo por el tronco cerebral y el cerebelo, el mesodermo moderno por el mesencéfalo y el ectodermo por la corteza cerebral). Como hay que saber también que cada una de esas tres hojas embrionarias se relaciona con sus correspondientes órganos.

Esa es la razón por la cual de que el shock se manifieste -o impacte- en una u otra área cerebral dependa que el órgano dañado sea uno u otro (y ello está en función, como ya adelantamos, del "colorido" del conflicto, es decir, de cómo se vive y afronta el problema). Por lo que ese "daño" se "traducirá" durante la fase activa -o de simpatocónia- en una multiplicación celular o tumor si el conflicto impacta en el endodermo o en el mesodermo antiguo o bien en una necrosis o una úlcera si impacta en el mesodermo moderno y ectodermo. Y esto implica algo muy importante: es imposible que un cáncer se propague entre órganos pertenecientes a distintas hojas embrionarias por lo que algunas de las metástasis diagnosticadas por los oncólogos convencionales son absurdas. En la Nueva Medicina el fenómeno de las metástasis se explica de otra manera: corresponde a otros conflictos que pueden aparecer antes, durante y después del diagnóstico de la enfermedad principal.

Hamer descubriría también que durante la fase de curación -o de vagotonía- los tumores, producto de la proliferación celular en la primera fase, son eliminados por las micobacterias (tuberculosis) mientras que otras bacterias y virus producen todo lo contrario -o sea, proliferación y "relleno celular"- cuando existen necrosis o ulceraciones, producidas en la primera fase de la enfermedad.

Es decir, que los llamados carcinomas y sarcomas serían en realidad fases del proceso curativo del organismo. Siendo esa acción positiva, ese programa biológico natural de sanación, paradójicamente, lo que los oncólogos, en su ignorancia, combaten.

4ª LEY BIOLÓGICA

Formulada como Ley del sistema ontogénico de los microbios explica que tanto éstos como los virus son indispensables en la fase de curación. Más claramente: según Hamer, los hongos, ciertas bacterias y micobacterias tienen como función principal eliminar los tumores producidos durante la fase activa mientras otros microorganismos (bacterias) y algunos virus ayudan a restaurar las necrosis o ulceraciones. Y, por tanto, es una barbaridad combatirlos. Los virus, por ejemplo, transportan las proteínas y sustancias nutritivas que el organismo utiliza para rellenar las úlceras. Esto explica, por ejemplo, que sólo contraigan una "enfermedad viral" las personas que llegan a

una fase de resolución, a una etapa de vagotonía. Y que nunca haya infección por virus o microorganismo alguno en la fase de simpacotonía. En suma, los microbios ayudan tanto en la desaparición de los tumores como en la reconstrucción de tejidos en las úlceras y necrosis.

Hay que añadir que tras las crisis epileptoides o de curación el cerebro conserva aún algo de edema. Edema residual con un sentido biológico muy profundo -especialmente en los casos donde aparecen tumores- porque va a permitir que se evacue o se enquiste la tumoración. Es decir, dependiendo de la hoja embrionaria donde esté asentado el tumor éste puede desprenderse y ser evacuado o enquistarse quedando bien delimitado. Ahora bien, hay personas que pueden morir en esta fase. Eso depende de la gravedad y del órgano lesionado. Por ese motivo es muy importante conocer el momento del DHS y cuándo acaeció la solución del conflicto porque nos orientará en relación a la gravedad de la sintomatología. En el caso, por ejemplo, del infarto de miocardio -que corresponde a una enfermedad no estrictamente cancerosa tal como la entendemos convencionalmente- porque si el "conflicto de territorio" ha durado más de nueve meses puede ser mortal. Por ese motivo es tan importante prevenir, o bien actuar con cautela ante estas situaciones.

Cabe añadir que en las crisis de curación el enfermo se encuentra muy fatigado. Es una fase exudativa en la que el cuerpo limpia o expulsa lo que no necesita. Y como requiere mucha energía para terminar de reparar y limpiar la zona dañada se impone un descanso -fase de vagotonía- imprescindible. Una fase en la que el paciente debe estar muy bien cuidado porque se halla muy sensible y receptivo siendo por ello muy vulnerable a caer en otro conflicto biológico. Evidentemente, en esta fase puede haber mucho dolor, como ocurre en el cáncer de huesos porque el periosteo -la capa que recubre el hueso-, que es la única que está enervada, se comprime debido al edema y eso es extremadamente doloroso. Es una fase, pues, en la que paciente debe entender bien que lo que le está pasando es natural y tener paciencia. Suele durar entre mes y mes y medio. Una punción, golpe o fractura en ese momento puede romper el periosteo y extender el callo óseo por los alrededores de la zona, situación que será diagnosticada de osteosarcoma.

5ª LEY BIOLÓGICA

Denominada Ley de la quintaesencia o de comprensión del sentido de la enfermedad viene a resumir que ésta no es sino un programa especial que pone en marcha la naturaleza y tiene un profundo sentido biológico. Y es el de que detrás de los malestares, dolores y demás trastornos existe un mecanismo de la naturaleza que nos brinda la

oportunidad de recuperarnos y revalidar esos programas especiales. Que basta comprender la situación y comprendernos para iniciar y trabajar en nuestra curación. Y ello es así porque se parte de la base de que la psique integra todas las funciones que alcanzan al comportamiento y sus conflictos, se concibe al cerebro como un "ordenador" que controla esas funciones y se comprende que los órganos expresan los resultados de la integración de estos sucesos. El cerebro, además, programa la psique y, en una relación dinámica, se programa a sí mismo.

Y viene también a decir que en las enfermedades no hay nada "benigno" o "maligno" sino sólo un profundo sentido de la naturaleza que se refleja en los ritmos de normatonía, simpacotonía y vagotonía. Que la enfermedad tiene siempre un sentido profundo. Es más, desde el punto de vista científico-nosológico se trata de un suceso teleológico (con una finalidad) que se cumple con un sentido completo. Por eso cuando una persona logra solucionar plenamente el conflicto que le ha provocado su mal-estar el problema de salud que tiene termina resolviéndose. En caso contrario, en cambio, el organismo no podrá completar su trabajo de autosanación.

En suma, y como tantas veces hemos dicho en esta revista, Hamer ha constatado nuevamente que tanto la enfermedad como la curación dependen de nosotros mismos. Aunque no lo queramos asumir.

(V) La ineficacia de los tratamientos convencionales

EFICACIA REAL DE LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES DEL CÁNCER

Si uno creyera lo que afirman las autoridades sanitarias y los oncólogos más "prestigiosos" de España y del mundo en los últimos años se ha avanzado muchísimo en lo que a la curación del cáncer se refiere. De hecho, no hay semana -desde hace al menos dos décadas- que los principales medios de comunicación de cualquier país no recojan una buena noticia al respecto. Por eso existe la convicción entre la ciudadanía de que el cáncer ha dejado de ser tan mortal como antes, de que la Quimioterapia, la Radioterapia y los nuevos antitumorales han conseguido poner al cáncer "entre las cuerdas". Bueno, pues no es verdad. Salvo excepciones muy concretas, la única terapia convencional efectiva contra el cáncer sigue siendo la cirugía y eso en los casos en que el tumor está aislado. Ya está bien de mentiras interesadas.

¿Cuántas personas enferman en España de cáncer cada año? No se sabe. ¿Cuántas mueren por esa causa? No se sabe. ¿Cuántas fallecen antes de haber transcurrido un año de habérselas descubierto el

cáncer? No se sabe. ¿Cuántas sobreviven dos, tres, cuatro, cinco años o más a los tratamientos? No se sabe. ¿Cuál es la eficacia real de los tratamientos, especialmente de los nuevos antitumorales? No se sabe. Pero, bueno, -imagino que se preguntará el lector-, ¿es que no hay estadísticas nacionales sobre el cáncer? Y la respuesta es NO. ¿Y por qué? Pues porque no interesa. Porque contra las frías cifras no se puede hacer nada, no se pueden difundir mentiras interesadas una y otra vez.

El Ministerio de Sanidad y Consumo no tiene datos. La Asociación Española contra el Cáncer y la Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer tampoco. Los grandes laboratorios de investigación de fármacos para combatir la "enfermedad", mucho menos. No hay datos fiables de nada. El único organismo que tiene datos concretos en España es el Instituto Nacional de Estadística y se refieren sólo a la morbilidad hospitalaria. Es decir, lo único que de verdad se sabe es cuántas personas mueren en los hospitales a causa del cáncer. Los últimos datos hechos públicos son del año 1999. Puede usted acceder a ellos a través de Internet y consultarlos (www.ine.es). Y esos datos indican que ese año murieron en los hospitales 371.102 personas. De ellas, 94.566 (el 25,48%) a causa de tumores; es decir, de cáncer. Luego una de cada cuatro personas que muere en un hospital español lo hace de cáncer. Una cifra mareante que, encima, no refleja la realidad porque buena parte de los enfermos terminales de cáncer son enviados a morir a sus casas por los oncólogos *"cuando ya no pueden hacer nada por ellos"*.

En suma, ¿cuántas personas mueren de verdad de cáncer en España si sólo en hospitales fallecen casi cien mil al año? ¿Un 50% más? ¿El doble? No se sabe. Pero eso sí, se ha avanzado muchísimo en la investigación y tratamiento del cáncer....

JUGANDO CON LAS CIFRAS

Hace algo más de un año asistí a la presentación oficial del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) que actualmente dirige **Mariano Barbacid** y que se efectuó en un conocido hotel madrileño durante una cena a la que asistieron los principales responsables del mismo, los representantes de las entidades sociales y financieras que con su contribución económica lo hicieron posible, un seleccionado grupo de cualificados expertos en cáncer traídos de medio mundo y ocho o nueve periodistas. Ya conté entonces en la revista lo que sucedió durante ella, cómo planteé ante los presentes que a mi juicio aquel centro nacía mal porque desde el principio dejaban fuera del terreno de la investigación los aspectos psicoemocionales y les pregunté por qué no se tenían en cuenta -entre otros- los descubrimientos del Dr. **Ryke Geerd Hamer** y cómo

aquellos expertos mostraron una -para mí- fingida sorpresa alegando, con miradas gesticulantes que se notaban forzadas, que no sabían de quién les hablaba. Pero cuando más nerviosos se pusieron fue cuando les pregunté si los resultados a la hora de tratar el cáncer eran mejores en Estados Unidos que en España y cuáles eran esos. Porque se enzarzaron en una discusión acalorada y muy aleccionadora para quien esto escribe al punto de que Mariano Barbacid tuvo que recordarles que estaban delante de periodistas y pidió públicamente disculpas. Debo añadir que son muchos los expertos que no esperan nada del CNIO. Pretender seguir las mismas líneas de investigación que ya llevan otros con muchísimos más medios de todo tipo y creer que van a conseguir más o mejores resultados es de una ingenuidad manifiesta aunque no sea absolutamente descartable. Y quien esto escribe lo duda, sobre todo, porque han centrado todos sus esfuerzos -como los laboratorios- en buscar elementos químicos para violentar de manera no natural la presunta respuesta anormal del organismo y dudo que eso vaya a solucionar nada. De hecho, me gustaría saber qué ha hecho el CNIO en el tiempo que lleva funcionando. Aunque la respuesta oficial ya la conozco: hace falta mucho tiempo para obtener resultados. Lo que es verdad sólo que eso también permite vivir hasta la jubilación de investigar, investigar e investigar... y cobrar un sueldo seguro hasta jubilarse sin tener que ofrecer resultado alguno.

UN CURSO MUY INSTRUCTIVO

El pasado día 11 de Abril tuve oportunidad de asistir en el Instituto de Investigaciones Biomédicas de Madrid -perteneciente al Consejo Superior de Investigaciones Científicas- a un breve cursillo de formación sobre cáncer organizado por la multinacional Bristol-Myers Squibb, entidad que en la nota que entregan a la prensa se presenta como "una compañía líder mundial en la mejora de la calidad de vida y el descubrimiento de terapias que aumenten la supervivencia en pacientes con cáncer". El curso corrió a cargo de **Juan Carlos Lacal**, biólogo e investigador del CSIC especializado en Bioquímica y Biología Molecular y presidente de la Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (ASEICA) de 1995 a 1998 -de la que fue también Secretario General los cuatro años anteriores (Ene 1991 a Dic 1994)- y de otros diversos organismos oncológicos, además de editor ejecutivo de la Revista de Oncología, órgano oficial de la Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FESEO); **María del Rosario Perona**, doctora en Farmacia y jefa del Departamento de Biología Celular y Molecular del ya mencionado Instituto de Investigaciones Biomédicas y actual Secretaria General de la Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (ASEICA); y **Carlos Chaib**, médico y oncólogo de la Bristol-Myers Squibb cuyo curriculum no nos fue

facilitado pero de quien me llamó mucho la atención su sinceridad y honestidad cuando conversé con él.

Y perdóneme el lector si he hecho unas referencias demasiado extensas de los ponentes del cursillo pero me parece importante que comprenda que quienes lo impartieron no era un mero grupo de oncólogos con más o menos conocimiento sino expertos de reconocido prestigio en su campo. Pues bien, en el cursillo se nos dejaría bien claro a los presentes nada más empezar que "el cáncer no es una enfermedad sino un conjunto de más de 100 enfermedades" (en la Asociación Española contra el Cáncer hablan de más de 200). Y que las causas de todas esas enfermedades son exógenas y se deben a la acción de:

- Las radiaciones ionizantes -rayos cósmicos, radiactividad y gas radón-, causantes según ellos de la mayor parte de los cánceres de tiroides, pulmón y linfomas. Y,

- Algunos productos químicos favorecedores de la acumulación de lesiones en el ADN que da lugar a las mutaciones celulares que provocan su proliferación incontrolada (el lector ya conoce los principales productos químicos porque los publicamos en el número de enero aunque debo decir que en el cursillo el número de factores de riesgo totales reconocidos era mucho menor).

Y punto. Según los expertos mencionados esos factores son los que causan el cáncer. Ni que decir que tiene que mostré de inmediato en público mi sorpresa por el hecho de que no tuvieran en cuenta los factores psicoemocionales, los traumas, como otros expertos en diversas áreas de la salud no sólo han apuntado sino demostrado. Me dejaron claro que no estaban de acuerdo con esa posibilidad aunque les recordé que ellos, mejor que nadie, saben que las emociones y pensamientos provocan procesos bioquímicos y que, en consecuencia, pueden también alterar las células. Es obvio que ese asunto no lo querían tener en cuenta. Lo mismo que **Mariano Barbacid**. No insistí. No me pareció correcto hacerlo durante la celebración del curso.

Me sorprendió también que **Juan Carlos Lacal**, al ofrecer los datos que obraban en su poder sobre cáncer, reconociera que sólo tenía cifras correspondientes a ¡1991! Y que, según las mismas, ese año habían muerto de cáncer en España 81.298 personas, 49.798 hombres y 31.500 mujeres (debo decir que en realidad esa cifra corresponde sólo a los muertos en hospitales). Añadiendo que cada año se producían en nuestro país alrededor de 120.000 casos nuevos. Cuando mostré de nuevo mi sorpresa por el hecho de que alguien con su representatividad y cargos no pudiera darnos más recientes y más completos se limitó a decirme que no existían o, cuando menos, él no los conocía. Y, por supuesto, que tampoco tenía datos sobre la supervivencia de los pacientes de cáncer a los dos o más años de

recibir tratamiento. Mi pregunta de "*¿Y entonces cómo saber si los tratamientos convencionales que se están aplicando contra el cáncer son efectivos,?*" recibió como respuesta un significativo silencio. Es obvio que no me podía dar datos que no tenía.

UN CURSILLO CLARIFICADOR

El curso continuaría. Pero en él se limitaron a explicarnos a los presentes los procesos relacionados con la cancerización de una célula, cómo se producía y cómo los investigadores entendían que podría interrumpirse el proceso para evitarlo. Es decir, se nos dejó claro que -a su juicio- el cáncer aparece como consecuencia de la acumulación de varias alteraciones genéticas a lo largo de los años. Algo, añadiré por mi parte, que es verdad en algunos casos pero no en todos como ha demostrado Ryke Geerd Hamer.

La explicación de qué son los oncogenes, los genes supresores y los genes reparadores llevaría posteriormente a la conclusión de que la alteración de los genes en el organismo es algo normal, hasta el punto de que a lo largo de la vida una persona puede llegar a sufrir hasta unas 10.000 mutaciones por gen que son reparadas satisfactoriamente. Y que el problema empieza cuando el organismo no puede efectuar en un momento dado esa reparación. En suma, se nos estaba dando a entender que había que buscar la solución al cáncer en el terreno de la genética.

Me pareció complejo e innecesario. Si el organismo, a lo largo de la vida, está suficientemente capacitado para destruir las células cancerosas.... hasta que un día falla, da la impresión de que lo inteligente sería averiguar por qué, potenciar el sistema inmune y dejar actuar al organismo en lugar de seguir caminos no naturales. Así que intervine de nuevo preguntando por qué no se hacía así. Y se me respondió que esa vía "también" se estaba investigando con lo que se denomina *Inmunoterapia*. Y el curso siguió.

Tras unos comentarios irónicos sobre la batalla acaecida para descifrar el Genoma Humano y la poca diferencia que genéticamente tenemos con una mosca se explicaría a los presentes que tenemos entre 30 y 35.000 genes. Está aún por determinar la cifra exacta a pesar de todo lo que se ha publicado. Tras recordar que cada célula tiene 23 cromosomas y que todas las células de un organismo tienen el mismo ADN se aclararía luego que el conjunto de genes de cada tejido es distinto porque en cada órgano se manifiestan unos genes y otros no. Algo que las futuras terapias antitumorales deben tener en cuenta.

TRATAMIENTOS DEL CÁNCER EN EL FUTURO

Entraría el ponente entonces a plantear que las actuales investigaciones sobre el cáncer se centran en el estudio de tres

ámbitos: la Genómica, la Oncofarmacogenómica y la Proteómica. Mediante la Genómica se pretende conocer mejor el funcionamiento de los oncogenes y los genes supresores, descubrir nuevas dianas para diseñar antitumorales y saber qué genes han mutado en un tumor. La idea es crear así bases de datos. Con la Oncofarmacogenómica se pretende descubrir cómo va a responder un tumor a un tratamiento específico de quimioterapia. Algo que ya se efectúa mediante microchips de ADN. Se trata también de un proyecto a largo plazo para obtener resultados. Y con la Proteómica se quiere conocer mejor el mundo de las proteínas.

En este ámbito, algunos laboratorios estudian el desarrollo de nuevos fármacos antitumorales. Así, la Bristol Myers Squibb trabaja sobre algunos taxanos presuntamente más potentes que su conocido paclitaxel (Taxol) y sobre otros agentes no taxanos como la epotilona, presunto estabilizador de la tubulina. Asimismo, intentan bloquear la transmisión de mensajes de crecimiento y supervivencia de la célula cancerígena inhibiendo la farnesiltransferasa y cortocircuitar así la información celular desde el conocido oncogen ras. Es más, creen que puede provocar con ello la apoptosis (autodestrucción o suicidio) de la célula.

Otra de las vías que se están investigando es cómo frenar la Angiogénesis, el proceso de formación de vasos sanguíneos que alimentan los tumores.

En suma, tales son los ámbitos por donde pretende avanzarse para comprender y combatir el cáncer... en el futuro. Pero, ¿y ahora? ¿Qué se hace en el presente?

EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES

Actualmente hay tres vías con las que la Medicina convencional afronta el problema del cáncer: la Cirugía, la Quimioterapia y la Radioterapia. En lo que se refiere a la Cirugía, se explicó la importancia de detectar a tiempo un tumor antes de que se extienda porque si el mismo se extirpa cuando aún está aislado el problema puede atajarse antes de que sea irremediable. Cuando así se hace, cuando se actúa en la fase inicial, el porcentaje de casos en que el tumor desaparece y no vuelve a aparecer es notable.

Agregaré que, según el conocido *Manual Merck* de Medicina, la cirugía es suficiente en un alto porcentaje de cánceres (en el de pulmón el porcentaje de éxito es muy bajo). Obviamente, no hay manera de contrastar sus datos. Pero en él se afirma que incluso en casos incipientes, sin metástasis, la cirugía sola no es suficiente entre un 30 y un 63% de los casos de cáncer de pulmón, del 18 al 35% en los cánceres de boca, testículo, riñón, vejiga, colon, mama, útero, próstata, ovarios y laringe, y en el 6% de los casos de cuello uterino.

En lo que se refiere a la Radioterapia, se reconocería durante el cursillo que a pesar de que mueve miles de millones de dólares al año los resultados son más bien escasos. Una información que no me sorprendió en absoluto ya que, según los expertos que previamente había consultado, la Radioterapia es ineficaz en un alto porcentaje de cánceres. Según el propio Manual Merck, la eficacia de esta terapia sola nada más es aceptable en casos de cáncer iniciales de testículos, en la llamada Enfermedad de Hodgkin, en los linfomas no hodgekinianos y en los cánceres de próstata (entre el 67 y el 90% de los mismos).

En cuanto a la Quimioterapia no se dieron datos de su eficacia pero el Manual Merck indica que, por sí sola, tiene un porcentaje de éxito en los casos iniciales de coriocarcinomas (98%), cáncer de testículos -excepto seminomas- (88%), la Enfermedad de Hodking (74%), el Linfoma de Burkitt (44-74%) y el Linfoma linfoblástico (50%).

¿Y el resultado de combinar las tres terapias, es decir, cirugía-radioterapia, cirugía-quimioterapia, radioterapia-quimioterapia y cirugía-radioterapia-quimioterapia? Pues hay que decir que no se logran resultados mucho mejores en la mayor parte de los casos comentados aunque sí ayuda en otros cánceres no mencionados como los de endometrio (62%), estómago (54%), riñón -tumor de Wilms- (80), sarcoma de Ewing (70%) y sistema nervioso central -meduloblastoma- (71-80%).

Ahora bien, estamos hablando de los resultados que se obtienen en las fases iniciales de desarrollo del cáncer. Porque cuando el cáncer se ha desarrollado y extendido la cuestión es muy otra. En tales casos los porcentajes de "curación" (supervivencia de 5 años sin que se manifieste de nuevo el cáncer) son muy **bajos**. Pero de eso nadie quiere hablar.

Pobres resultados que ha obligado a todas las compañías -así se nos anunció también que lo ha hecho la Bristyol-Myers Squibb- a realizar un cambio fundamental de estrategia y que los esfuerzos se encaminen ahora en buscar moléculas que inhiban la proliferación celular. Es decir, a encontrar inhibidores específicos de los factores de crecimiento, receptores y GTP de la célula. Y crear tantos inhibidores distintos como tumores hay. Una labor, pues, de muchos años aunque en estos momentos se está investigando ya con 400 moléculas concretas. La nueva "Quimioterapia dirigida" pretende crear cuerpos monoclonales para cortocircuitar la transmisión de la información en la célula cancerosa, moléculas inhibidoras que impidan su replicación logrando que entre en apoptosis, es decir, lograr que la célula se autodestruya -se "suicide"- o sea destruida por las células de defensa del organismo.

Existen, en todo caso, otras vías de investigación. Es el caso de la

terapia génica cuya idea básica es introducir material genético en las células -se piensa en retrovirus- para modificar sus funciones. También se pretende desarrollar la Inmunoterapia con la idea de introducir genes para potenciar la respuesta del sistema inmune. Lo único que hoy está en fase III -probándose ya en humanos- son algunos antitumorales siendo uno de los más conocidos el Taxol fabricado por el laboratorio organizador de este cursillo. Los citotóxicos y los citostáticos se prueban hoy en miles de pacientes aunque no son tan específicos como los nuevos fármacos que se pretenden crear, inhibidores de la señal para interrumpir el ciclo celular e impedir la proliferación cancerosa.

Por supuesto, si toda esta investigación dará o no fruto alguno es una incógnita como los propios ponentes del curso reconocieron. Porque muchas veces las sustancias que dan resultado en animales fracasan posteriormente en humanos. Y, en el mejor de los casos, los fármacos que pudieran salir de estas investigaciones no estarían al alcance de los enfermos antes de varios años. Por consiguiente, no son una esperanza siquiera para los enfermos de hoy, sólo para los de mañana. De hecho, varias compañías como Dendreon, Inspire Pharmaceuticals o Cubist Pharmaceuticals han informado hace poco de fallos o retrasos en los ensayos clínicos de sus medicamentos. Aunque los dos fracasos recientes más notables es precisamente el de dos anticancerosos, uno de ellos relacionado con la Bristol Myers Squibb, algo que los ponentes del cursillo se abstuvieron de mencionar. Hablamos del Erbitux.

Fabricado por ImClone, la Bristol Myers Squibb llegó en septiembre pasado a un acuerdo por el que se comprometió a pagar 2.000 millones de dólares a cambio del 20% de la empresa y de parte de los derechos del fármaco. Sólo que la FDA, tras ser probado en pacientes que sufrían cáncer colorrectal y que no habían respondido a la terapia habitual, lo rechazó a finales de diciembre pasado porque en los ensayos clínicos no pudo determinarse si la respuesta de los participantes se debía al nuevo medicamento o a los tratamientos habituales. Con lo que la Bristol Myers Squibb ha amenazado con romper el pacto firmado con ImClone si no se le permite controlar los próximos ensayos clínicos.

El otro es el SU5416, un medicamento diseñado para frenar la angiogénesis desarrollado por Sugen Inc., empresa comprada en 1999 por 650 millones de dólares por Pharmacia. Pues bien, los ensayos clínicos tuvieron que detenerse en la última fase tras constatarse que no prolongaba la vida de los pacientes más que la quimioterapia habitual. De los 355 participantes evaluados (con cáncer colorrectal en estadios avanzados) se comprobó que el grupo que recibía el SU5416 combinado con quimioterapia respondía exactamente igual que el que recibía el tratamiento normal sin combinar con el nuevo fármaco. El

tiempo de supervivencia, como se esperaba, no aumentó hasta un 33%.

En suma, está por ver a dónde nos llevan esas investigaciones.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA RADIOTERAPIA Y LA QUIMIOTERAPIA

No quiero dejar de hablar, en cualquier caso, de los efectos secundarios de la Radioterapia y la Quimioterapia. Estos varían mucho de un paciente a otro pero las náuseas, los vómitos, la fatiga intensa, la caída del cabello y la pérdida de glóbulos en sangre son los más frecuentes. Al menos tres de cada cuatro pacientes padecerá como consecuencia una anemia severa -disminución de los glóbulos rojos- con la consecuente debilidad, somnolencia, dolor de cabeza, fatiga constante, falta de aire y palpitaciones aunque no necesariamente se presentan a la vez todos los síntomas descritos. Hay quien afirma, por cierto, que en estos casos ayuda la eritropoyetina pero una buena parte de los expertos lo duda.

También bajan los glóbulos blancos ya que resulta afectada la médula ósea y disminuyen las plaquetas -trombocitopenia- impidiendo el control por el cuerpo de una posible hemorragia. Es igualmente corriente observar petequias, hemorragias muy pequeñas (se ven como puntitos rojos), principalmente en el interior de la boca y en las piernas. También es más fácil hacerse moretones.

Ambas terapias provocan además inflamación e, incluso, úlceras en las membranas mucosas así como en la boca y la garganta.

Asimismo, pueden irritar y dañar las venas inutilizándolas temporal o permanentemente. Y provocar una flebitis. Otras veces las venas se vuelven muy frágiles y se rompen fácilmente con lo que el medicamento administrado puede causar, al salirse, quemaduras en los tejidos vecinos.

Cabe añadir que cuando se trata a una embarazada el riesgo de provocar serias malformaciones en el feto -especialmente en el caso de la Quimioterapia- es altísimo; de hecho, lo normal es que nazca muerto.

Y lo más importante: el organismo se intoxica. Muchas veces irremediablemente. Con lo que se da la paradoja de que al enfermo le desaparece su tumor... pero se muere algún tiempo después porque el organismo le falla al estar envenenado. Y, claro está, esa persona no se habrá muerto de cáncer sino de otra cosa. Y si el fallecimiento se produce con suerte cinco años después, ise habrán salvado incluso las estadísticas y esa persona podrá hasta figurar entre los enfermos "libres de cáncer" y engordar los porcentajes de buenos resultados! Aunque lo más sangrante es que tanto la Radioterapia como la Quimioterapia, que se utilizan para combatir el cáncer, pueden a su vez provocar cáncer. Un sarcasmo.

CONCLUSIÓN

Llegados a este punto no puedo dejar de denunciar que el problema del cáncer está siendo manipulado vergonzosamente. Porque en ningún lugar de Occidente se está atendiendo a consideraciones sanitarias sino políticas. Hay una orden no escrita que hace que las autoridades de todo el mundo intenten minimizar el problema ocultando la verdad. Por eso no se hacen estadísticas oficiales y constatables de los índices de supervivencia en los tratamientos convencionales. Los "éxitos" que con la Cirugía, la Quimioterapia y la Radioterapia se supone que se obtienen se reflejan en datos que aportan quienes fabrican los aparatos de radioterapia, los laboratorios que desarrollan los fármacos y, en el mejor de los casos, los oncólogos que practican ambas técnicas terapéuticas. De la credibilidad los fabricantes y laboratorios no hay mucho que explicar porque de vez en cuando la propia FDA norteamericana, harta probablemente de tanta mentira, les tiene que reconvenir a menudo. Los ensayos clínicos no se efectúan en buena parte de los casos a doble ciego y no los controlan equipos independientes. Y los oncólogos no tienen acceso a otros datos para corroborar la eficacia de lo que hacen por lo que, cuando su fracaso es alto, terminan pensando que han tenido la mala suerte de que a ellos les lleguen casos muy difíciles pero como a otros compañeros les va mejor -eso dicen las estadísticas- lo que tienen que hacer es no desesperar.

Sin embargo, los escasísimos datos fiables que existen son tozudos. Según el Instituto Nacional de Estadística muere hoy casi en España el doble de personas por tumores que hace dos décadas. En 1980 fallecieron de cáncer en hospitales (además de los muertos en casa) 58.431 personas, en 1985 -cinco años después- 68.779, en 1990 fueron 79.609, en 1995 se llegó a 89.493 y en 1999 a 94.566. Eso supone el 25,48% de todas las muertes habidas en hospitales. Una de cada cuatro personas. Siendo los índices de mortandad más altos en los casos de cánceres de tráquea, bronquios y pulmón -en primer lugar- y los de colon (la mitad de casos que los anteriores). Les siguen a poca distancia los cánceres "mal definidos, secundarios y no especificados" y los de estómago, mama, próstata, hígado, tejido linfático, vejiga y páncreas. Es decir, que el número más alto de fallecimientos se da entre buena parte de quienes padecen los tipos de cáncer que se supone mejor resultado tienen con Quimioterapia y Radioterapia. ¿Alguien lo entiende?

Las autoridades políticas y sanitarias deberían dar una explicación de todo lo aquí expuesto. Pero no lo harán. No tienen más argumentos que la retórica y echar balones fuera alegando que en otros países se hace lo mismo. Como si ello fuese una razón y no una excusa.

No, la verdad es que aquí hay muchísimo dinero en juego. Cientos de miles de millones de euros. Y el control sobre el negocio, férreo. Ello explica que con tan paupérrimos resultados la Radioterapia y la Quimioterapia sean hoy los tratamientos "oficiales" cuando la cirugía no es viable. Y sólo eso explica también que desde las asociaciones de oncólogos y desde el poder se persiga encima como charlatanes y estafadores a quienes pretenden tratar a los enfermos de cáncer de otra manera. "Si nosotros, que somos los que más sabemos en este ámbito, no conseguimos gran cosa, ¿qué van a poder hacer otros?". Y con tal pensamiento exigen que a quienes tratan a los pacientes de otra manera -médicos incluidos- se les persiga legalmente y se les impida ejercer. Conozco varios casos sangrantes en España. Médicos a los que sus colegios, en nombre de la verdad que detentan, los han inhabilitado profesionalmente o los han llevado a los tribunales para que lo haga el juez.

Hace ahora un año, un conocido oncólogo, harto de que se le murieran los pacientes, decidió abandonar el ejercicio de la Oncología en el hospital de su comunidad autónoma para el que trabajaba a fin de poder aplicar otras terapias que consideraba más eficaces. Y así lo está haciendo hoy en su consulta privada. Porque en los hospitales públicos un oncólogo sólo puede hacer lo que le indican, no puede ejercer su libre albedrío. Y lo más singular es que hablamos de alguien que hace ya más de 25 años introdujo en su comunidad la Medicina Nuclear. Con alta experiencia, pues, en los tratamientos convencionales. Excuso decir que ya entonces le invité a expresar abiertamente en la revista sus impresiones. Su respuesta fue clara: *"Mire usted, me encantaría pero tengo tres hijos aún en casa y debo trabajar para vivir. Y sé que si abro la boca me quitan la licencia como médico. A pesar de haber renunciado a mi cargo de responsable de Oncología en el hospital. Lo siento."* No insistí. Hace sólo unos días entré de nuevo en contacto con él y me aseguró que sus resultados, hoy, son mucho mejores que antes. Como los de otros médicos que conozco y que trabajan discretamente para no ser perseguidos y denunciados, al igual que Hamer.

Termino. Sé que quienes padecen cáncer o tienen familiares o amigos que lo sufren estarán angustiados. Y sé que muchas personas dirán que no tiene sentido decirle la verdad a la gente cuando ésta es tan dura. Pero me niego a aceptar esa falacia. La gente tiene derecho a saber la verdad, a estar informada y, sobre todo, a poder elegir tratamientos alternativos a los de la Quimioterapia y Radioterapia si lo desea. Porque los hay aunque las autoridades lo nieguen y persigan a quienes los practican. Seguiré hablando de ello en los próximos números.

(VI) TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS PARA TRATAR EL CÁNCER

En España fallecen al año de cáncer casi 100.000 personas.... sólo en hospitales. Cifra a la que habría que añadir las que han sido enviados a morir a casa y no se contabilizan en las estadísticas. Una cifra escalofriante que demuestra, sin paliativos, el fracaso de la Oncología cuando la cirugía no resuelve el problema aunque esa verdad se oculte o disfrace. Y, sin embargo, existen alternativas eficaces para combatir el cáncer. Sin yatrogenia ni efectos secundarios. José Manuel López y Pérez-Cabada, colaborador y asesor de la revista desde hace un año, se encarga en esta ocasión del presente artículo. Con el fin de que el lector pueda saber de quién se trata presentamos un breve currículum suyo al final del texto.

Encontrar alternativas al tratamiento oficial del cáncer es para un número cada día mayor de enfermos una posibilidad no tenida en cuenta -por desconocimiento- cuando no una búsqueda infructuosa. Algo que ocurre, en parte, por la campaña de desinformación y propaganda eficazmente llevada a cabo por las industrias y los grupos de acción política y profesional cuyos intereses son contrarios a esas terapias y su aplicación, y, en parte, por la falta de formación de los profesionales alternativos que, teniendo muy limitado legalmente su campo profesional de actuación, no han podido profundizar en el estudio e investigación de las terapias más eficaces en este tipo de enfermedades.

La suma de estos y otros muchos factores es la razón de que vivamos una situación que he dado en bautizar como "el síndrome de invisibilidad de las medicinas alternativas". Porque es evidente que en la actualidad hay mayor demanda social de información, aumentan las consultas a los profesionales alternativos y los medios de comunicación están inundados de espacios, artículos y mensajes de salud y bienestar etiquetados de naturales y/o biológicos. Pero es igual de evidente que se ha mantenido a los enfermos de cáncer, a sus familiares y a los propios profesionales en la más absoluta ignorancia sobre cómo evolucionaban en el mundo los estudios con terapias alternativas hasta el punto de limitar el acceso a tales soluciones por todas las vías posibles, secuestrando cualquier información o descubrimiento relevante.

Por eso en **Discovery DSALUD** nos hemos propuesto desmitificar

todo lo relacionado con el cáncer, su prevención y su diagnóstico ofreciendo información sobre los tratamientos alternativos a los de una medicina convencional que ha demostrado ser incapaz de controlar la imparable estadística de muertes que se cierne sobre la población, confirmando -una vez más- cuáles son los peligros que entraña conducir a la sociedad a un tipo de salud medicalizada.

Y es que las llamadas medicinas alternativas poseen hoy un amplio conocimiento sobre el cáncer y cómo tratarlo, contrariamente a lo que piensan sus detractores. Además, lo verdaderamente interesante de su enfoque es que no permanecen cerradas frente a ningún elemento, teoría o argumento que pueda ser útil o, al menos, no lo descartan a priori sin haberlo pasado por los diferentes filtros que existen para la comprobación de su eficacia.

En suma, confiamos en cambiar la visión de la enfermedad de muchos lectores, ayudarles a encontrar el eslabón que les ayude a encontrarse a sí mismos e invitarles a escalar juntos la montaña del conocimiento de una de las mayores incógnitas que vive el hombre contemporáneo. Porque el empeño de muchas personas anónimas que dedicaron su vida a la investigación paciente sin dejar de ir siempre un poco más allá, rebelándose contra los cánones impuestos desde grupos autoerigidos en líderes de conocimiento, nos ha permitido entender hoy que debemos dejar que sea nuestra propia naturaleza humana -que no es sino parte de la naturaleza de todas las cosas- la que hable y se exprese en toda su amplitud desvelándonos los misterios hasta ese momento incomprensibles para nosotros y ofreciéndonos soluciones nuevas.

LO QUE NO SE CUENTA

En este artículo vamos a mencionar pues las terapias más innovadoras en el tratamiento del cáncer así como su clasificación en función de los grupos a los que pertenecen como avance para desarrollarlas en posteriores entregas. Y es un buen momento para hacerlo porque precisamente ahora la *American Cancer Society*, el sancta sanctorum de la lucha contra el cáncer de la primera potencia mundial -Estados Unidos- está promocionando a los cuatro vientos su primer texto sobre terapias alternativas en la lucha contra el cáncer. Eso sí, más por dar satisfacción a una parte de sus miembros -cada vez más inquisitivo y crítico- que por convicción, más por no perder esa parte del "negocio" que puede llegar a ser la medicina alternativa que por convencimiento real. De hecho, no deja de ser un intento de sumarse a lo que ya es una realidad imparable: el auge de los tratamientos alternativos al cáncer en ese país y en el mundo.

Eso explica también que los institutos nacionales de la salud de Bethesda (Maryland) -el brazo ejecutor del Gobierno norteamericano

en lo que a medicina, salud y sanidad se refiere- hayan instado a todos y cada uno de los centros y universidades relevantes del país a que inicien investigaciones y protocolos terapéuticos, ensayos clínicos y publicación de resultados llevados a cabo con medicina alternativa. Con lo que no podemos dejar de preguntarnos por qué en Europa -y, en particular, en España, donde las estadísticas sobre cáncer son cada vez más alarmantes- no se reconoce sin más demora que la lucha contra esa enfermedad está siendo un absoluto fracaso y, de una vez por todas, se aúnen esfuerzos para luchar empujando todos en la misma dirección y sentido, abandonando las posturas prepotentes y los enfrentamientos absurdos que transforman en estériles los esfuerzos de muchos de los que se involucran en ellos y que, sobre todo, dejan en la más completa perplejidad y desamparo a los enfermos, a sus familiares y a sus seres queridos.

Las medicinas alternativas ofrecen además una dimensión totalmente nueva para el enfermo de cáncer al que las puertas se le van cerrando y cuya visión de túnel en el discurrir de la enfermedad se va estrechando en lugar de ensancharse, especialmente porque los medios que la ciencia convencional pone a su alcance -y de los que le hace poco o nada partícipe- se agotan.

Además, sólo el actual fracaso de la medicina alopática -en el cáncer y en otras muchas enfermedades- explica que acabe de nacer una rama tan inusual como la de "Medicina de cuidados paliativos" o "Medicina paliativa" cuya pretensión es llegar a ser una amalgama de conocimientos extrapolados de diferentes áreas de las ciencias sanitarias que van desde el tratamiento del dolor o la cirugía hasta la higiene, la terapia ocupacional, los cuidados espirituales, la medicina folclórica, las creencias, la positividad o la Geopatología. Más bien un totum revolutum que, eso sí, por primera vez mira hacia diferentes formas de entender la aproximación al paciente pero que, lamentablemente, sería más útil al principio y no cuando ya no hay otra posibilidad que ofrecerle al enfermo de cáncer que un "tránsito" más agradable o menos doloroso.

Llegados a este punto es necesario plantear el siguiente interrogante: si la medicina convencional reconoce como pilar fundamental de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad un diagnóstico precoz de las enfermedades, ¿por qué los sistemas sanitarios de todo el mundo civilizado están planteados para hacer casi imposible detectar precozmente la enfermedad cancerosa?

Si somos verdaderamente conscientes de cuál es la historia natural de la enfermedad desde sus estadios iniciales, incluso desde sus fases previas -y, aún me atrevería a decir, desde que se presenta en su más primitiva forma de signo externo, lo cual constituye una verdad biológica irrefutable así descrita y entendida por la mayoría de los

expertos y estudiosos, de los autores que inundan las publicaciones científicas sobre la materia cualesquiera que sean los campos de investigación de los que procedan y sus escuelas de formación, desde la Biología, la Patología, la Fisiología o la Bioquímica hasta campos aparentemente tan alejados del cáncer como la Toxicología o la Medicina Hiperbárica-, ¿por qué no se ponen en marcha los mecanismos necesarios para dar a cada paciente, a cada ser humano en particular, la combinación adecuada de prevención y terapia que le permita alcanzar ese objetivo sagrado de hacer que el cáncer pueda ser superado, algo que la medicina alternativa ha logrado mas allá de lo que cualquier experto médico y muchos oncólogos podrían siquiera imaginar como posible?

En los últimos meses -y, en particular, en las ultimas semanas- tanto a la redacción de la revista como a mi propio despacho han llamado muchas personas para contar sus experiencias sobre el cáncer y cómo lo afrontaron, cómo unos lo superaron y cómo otros vieron a sus seres queridos vencidos por la enfermedad sin saber siquiera que existían alternativas a los tratamientos que habían recibido. En cualquier caso, lo más esclarecedor ha sido ver que la mayoría de nuestros interlocutores -sobre todo la mayoría de los que han ganado la batalla, no sabemos si temporal o totalmente pues documentar todos los casos o dar por ciertos todos los relatos sería demasiado simplista, ingenuo o simplemente imposible- lo lograron no conformándose y encontrando un nuevo enfoque y una nueva terapéutica.

Aunque quizás lo más aleccionador haya sido observar cómo médicos alópatas, tras sufrir en su propia carne lo desgarrador de un diagnóstico de cáncer, reaccionan con una auténtica crisis de fe en la propia disciplina que practican y acuden a buscar soluciones de otro tipo allí donde se encuentren.

En suma, amigo lector, le invitamos a adentrarnos juntos en el vasto campo de las medicinas alternativas en lo que al tratamiento del cáncer se refiere. Sirva la relación que aparece en el recuadro como plano general y guía para un posterior desarrollo en profundidad que alcance, al menos, a esclarecer e informar debidamente a todos dejando así en manos de los enfermos la elección de las terapias y profesionales más adecuados.

José Manuel López

Quién es José Manuel López y Pérez-Cabada
Doctor en Osteopatía formado en Estados Unidos, **José Manuel López y Pérez-Cabada** haría el postgrado entre Estados Unidos e Inglaterra.

Ex Jefe de Clínica de la Oxford School of Osteopathy en la Oxford Brookes University y Decano de Clínicas de la Pacific Basin University-School of Medicine (universidad con campus en EEUU, México, los Estados federados de Micronesia y Yugoslavia aprobada por la FMG norteamericana y que figura en el directorio mundial de Escuelas de Medicina de la OMS) es profesor titular y catedrático (chair) de PDU (programa de formación en Medicina, Especialidades y Doctorado para extranjeros en idioma inglés) de la NIS Medical School (600 profesores y 6.000 alumnos de Medicina) en la Universidad de NIS (Yugoslavia). Diplomado y Fellow del Instituto Británico de Homeopatía y Fellow de la Royal Society of Medicine es el primer miembro español del General Osteopathic Council (consejo general de osteópatas del Reino Unido). Es miembro asimismo de la Academia Americana de Osteopatía, de la Academia y de la Asociación Americana de Cirujanos Ortopédicos, de la Academia Osteopática Americana de Medicina Deportiva y de la Academia Americana de Acupuntura Médica. Miembro y cofundador además de la Asociación Española de Doctores y Licenciados en Medicina Osteopática, imparte cursos y conferencias por todo el mundo.

NUTRICIÓN

Hoy se habla mucho de nutrición pero muy poco de las carencias y déficits nutricionales y de cómo eso favorece el desarrollo de la enfermedad cancerosa. Y, sin embargo, el modo en el que las deficiencias de ciertas sustancias contribuye al debilitamiento de nuestro sistema inmunológico y de cómo ese hecho lo daña permitiendo que el cáncer se desarrolle o encuentre terrenos abonados para su crecimiento en el organismo humano sería un buen punto de partida para analizar cuál es la frontera en la que la suplementación de nutrientes deja de ser parte de las ciencias alimentarias para transformarse en una verdadera medicina anticancerígena. Dentro de este apartado hablaremos, pues, de los nutrientes, elementos y compuestos encontrados en los mismos que se han revelado útiles en la regresión del cáncer en los últimos años y que, básicamente, son estos:

- * **Medicina Ortomolecular.**
- * **Lactobacilus acidophilus** (y toda la familia de los lactobacilii).
- * **Aminoácidos.**
- * **Betacaroteno.**
- * **Calcio.**
- * **Cromo.**
- * **Coenzima Q10.**

- * **Cobre.**
- * **Ácido Eicosapentenoico** (EPA en los aceites de pescado).
- * **ÁcidosgGrasos esenciales** (Gamma-linoleico, Cis-linoleico y Araquidónico).
- * **Germanio.**
- * **Dieta terapéutica Gerson.**
- * **Zinc.**
- * **Agua.**
- * **Vitaminas** (A, E, C, D, B3, B6, complejo B y K).
- * **Selenio.**
- * **Potasio.**
- * **Molibdeno.**
- * **Manganeso y el eje Manganeso-Cobre.**
- * **Terapia Metabolica de Kelley.**
- * **Inositol.**
- * **Iodine.**

BIOBOTÁNICA

El uso de elementos botánicosno tóxicos, baratos y efectivos se ha revelado como una de las aproximaciones terapéuticas más novedosas dentro del amplio abanico de las medicinas alternativas. Retomadas de las ancestrales costumbres y tradiciones curativas de las distintas corrientes de la sanación y el pensamiento médico de todas las culturas del planeta prestan un apoyo extremadamente valioso a la terapéutica, a la vez que nos ayudan a rescatar el viejo precepto de que los más poderosos fármacos han estado durante siglos delante de nosotros, en la naturaleza, sin que nos acercáramos a descubrirlos. La Bioquímica se ha revelado como una ciencia útil que nos ayuda a la comprensión de qué son y cómo actúan estos componentes terapéuticos, de su actividad biológica, su seguridad y elaboración, algo que desde tiempo inmemorial el ser humano ha buscado, unas veces en forma de ciencia ortodoxa, otras rodeándolo de un pretendido misticismo quimérico.

Lo cierto es que de las más de 350.000 especies catalogadas por los diferentes expertos dedicados a su estudio menos de 5.000 han sido investigadas en el ámbito de sus aplicaciones terapéuticas por lo que se hace necesario un replanteamiento de dónde y qué buscar desde la moderna ciencia puesto que podríamos estar ignorando que en este conjunto de elementos naturales podrían estar no solamente muchos de los remedios para el cáncer y otras enfermedades sino parte de los secretos íntimos de la vida, la salud y la enfermedad. Veremos por ello, entre otras, las siguientes sustancias:

- * **Derivados de algas.**

- * **Aloe vera.**
- * **Amygdalin/laetril.**
- * **Astragalus.**
- * **Uncaria tomentosa** (Uña de gato).
- * **Echinacea.**
- * **Essiac.**
- * **Flavonoides.**
- * **Ajo.**
- * **Gingko Biloba.**
- * **Ginseng.**
- * **Picnogenoles.**
- * **Té verde.**
- * **Haelan 851.**
- * **HANSI.**
- * **Hierbas de Hoxsey.**
- * **Iscador.**
- * **Larch arabinogalactano.**
- * **Maitake-Shiitake.**
- * **Pau d´arco brasileño.**
- * **Pectin, modificado.**
- * **Silymarin.**
- * **Turmerico.**

NUEVA FARMACOLOGÍA ANTICANCERÍGENA

De todos es conocido el hecho de que durante décadas se ha presentado y potenciado la Quimioterapia, la Radioterapia y la Cirugía como la tríada única para el tratamiento de la enfermedad cancerosa a pesar de que la investigación y los estudios estadísticos llevados a cabo para apoyar el uso de estas armas terapéuticas ha fallado estrepitosamente a la hora de hacer de soporte a las falsas proclamas de los oncólogos. Entre otras averiguaciones se ha llegado a la conclusión de que técnicas como la Quimioterapia a dosis máximas (completas) es extremadamente tóxica y pone en grave peligro el sistema inmunológico mientras que su eficacia terapéutica no excede el 0,8% de casos de cáncer en los que se ha operado una regresión de la enfermedad. Médicos, científicos y enfermos con una visión avanzada de la terapéutica prefieren apoyarse en sustancias como 714X, Carnívora, Ukraína o el Sulfato de Hidracina. E, incluso, en un despliegue de imaginación aplicada a la solución de problemas, intentar un nuevo enfoque conocido como quimioterapia de baja dosis e intensidad que ya ha producido resultados superiores a las dosis extremas o completas, lo que asemeja a esos oncólogos con sus colegas homeópatas, tantas veces denostados por los primeros. Casualidades del destino. Hablaremos de:

- * **Antigliceroles.**
- * **Antineoplastones.**
- * **Carnívora.**
- * **Cartílago de tiburón.**
- * **Cartílago de bovino.**
- * **Celsio.**
- * **DMSO.**
- * **Glutation y N acetil-cisteína.**
- * **Sulfato de Hidracina.**
- * **Indocina e Indometacina.**
- * **714X.**
- * **Butirato de sodio.**
- * **Lisato staphagico.**
- * **Tagamet.**
- * **Ukraína.**
- * **Urea.**

ESTIMULACIÓN DEL SISTEMA INMUNITARIO

El sistema inmune -que de modo natural se encarga de ser parte activa de la lucha contra el cáncer desde el interior del organismo- debe ser considerado y manejado como un agente terapéutico de apoyo. Es el caso de las técnicas de Inmunorregulación, Inmunoestimulación e Inmunomodulación basadas en los principios de acción de las vacunas pero que, contrariamente a éstas, utilizan elementos no tóxicos y sustancias de baja síntesis que actúan celularmente provocando en el sistema defensivo las reacciones necesarias y suficientes para que de ellas se desprenda un fenómeno de respuesta que actúe como eficaz antitumoral. Es el caso de:

- * **Inmunoterapia esencial.**
- * **Toxinas de Coley.**
- * **Terapia inmunoaugmentativa.**
- * **Vacuna auotinmune.**
- * **Tratamiento linfocitario con TZ-7 y TVZ-7.**
- * **T/Tn Vacuna Antigénica Cáncer de Mama.**
- * **BCG Vacun** (Bacillus Clmette-Guerin).
- * **Vacuna bacteriana autogénica.**
- * **Autovacuna antimicoplasma.**
- * **Terapia inmunoplacentaria.**
- * **Autoinmunoterapia** (Auto Sanguis)
- * **Terapia Pleomórfica y remedios S.A.N.U.M.**

TRATAMIENTO DE SOPORTE METABÓLICO

Aceptado el hecho de que las células cancerosas y la enfermedad en sí misma precisan para su desarrollo de la presencia de un medio interno alterado, tóxico o en franco desequilibrio no sería algo alejado de esta teoría el formular la hipótesis de que dentro de un sistema metabólico normofuncionante las posibilidades de encontrar un espacio para el desarrollo de la enfermedad son menores que en el caso de que exista un desorden metabólico en la creación y funcionamiento de la gran fábrica energética que es el organismo humano y cada célula que lo compone individualmente. Es por eso que nuestro metabolismo (la vida intrínseca e íntima de cada uno de los componentes individuales de nuestro organismo) deberá encontrarse lo más conservado posible, intacto si cabe, para no permitir desplazamientos aberrantes en el comportamiento celular y, por tanto, que esas mismas células se transformen para adaptarse a los déficits impuestos por mor de un ciclo respiratorio o nutricio anormal.

- * **Terapia de oxigenación** (hidrógeno, peróxido y ozono)

- * **Terapia con glioxilida y glioxidina**

- * **Terapia enzimática y de reemplazo.**

- * **Terapia de extractos glandulares y orgánicos:**

 - DHEA** (Dehidroepiandrosterona).

 - Melatonina.**

 - Timosina.**

 - T3 extracto tiroideo.**

 - Terapia metabólica cáncer-específica.**

TERAPIAS FÍSICAS

Las terapias físicas juegan un importante papel en la prevención de la recurrencia de la enfermedad cancerosa durante los tratamientos y en los elementos incidentes en los cambios de estilo de vida de los enfermos que sobreviven a la enfermedad y de aquellos que desean tomar parte activa en su prevención. Aunque la elección de terapias y terapéuticas dependen por entero de la individualizada de cada uno de los pacientes existen modelos recomendados que, por su alto valor terapéutico y demostrada capacidad de ayuda, son dignos de mención y posterior estudio como preventivos y agentes de apoyo del organismo en la lucha contra la enfermedad.

- * **Detoxificación.**

- * **Hidroterapia del colon.**

- * **Detoxificación celular específica** (intestinal, circulatoria, linfática).

- * **Terapia linfática.**

- * **Terapia antitóxica.**

- * **Terapia por quelación.**
- * **Detoxificación psicoemocional.**
- * **Odontología biológica.**
- * **Terapia por agua** (Hidroterapia y Termalismo).
- * **Aromaterapia.**
- * **Hipertermia.**
- * **Trabajo corporal/Masaje terapéutico/Ejercicio**
- * **Quigong**

TERAPIAS ENERGÉTICAS DE APOYO

Mientras que el papel de las energías interactuantes en el ser humano está contemplado desde la formulación de la doctrina de las medicinas alternativas, la capacidad de apoyarse en el diagnóstico a través de los diferentes estados energéticos y sus alteraciones del comportamiento es algo novedoso que pertenece al campo de los últimos avances en el ámbito del diagnóstico, prevención y tratamiento del cáncer.

Entendiendo por energía el conjunto de fuerzas sutiles que marcan los niveles de función orgánica y corporal tal y como se contemplan en el estudio de la función orgánica y bioquímica así como su repercusión inmunológica. En esencia, el dinamismo potencial del que todo ser vivo está cargado y que ha demostrado ser un elemento importante de conducción de nuestro organismo a esa tendencia primitiva y sostenida hacia la autosanación que está impresa en nuestro ADN.

El aprendizaje del manejo de estas energías sigue siendo un gran misterio para las ciencias de la salud pero hemos aprendido a medirlas y tratar de comprender el significado de sus movimientos y estructuras en el contexto de la salud y la enfermedad, de lo anormal y lo patológico.

- * **Exploración electrodérmica.**
- * **Electroacupuntura de Voll.**
- * **Galvanometría transdérmica epitelial.**
- * **Estudio de los campos magnéticos.**
- * **Terapia por luz.**
- * **Fototerapia de inducción por campo.**
- * **Fototerapia de espectro amplio.**
- * **Terapia con luz ultravioleta.**
- * **Terapia fotodinámica del cáncer.**

(VII) EL EQUIPO DE HIPERTERMIA DE INDIBA DETIENE EL CÁNCER

Utilización de la hipertermia y la electricidad

Ya explicamos el mes pasado que existen numerosas y eficaces alternativas a las convencionales -de las que iremos hablando- para tratar el cáncer. En esta ocasión nos ocupamos de un aparato del que ya hemos informado y que ha demostrado que puede paralizar el cáncer y, en algunos casos (especialmente en melanomas), eliminarlo: el Equipo de Hipertermia de Indiba. Un aparato sobre el que el Departamento de Investigación del Servicio de Bioelectromagnética y Bioquímica del Hospital Ramón y Cajal de Madrid acaba de terminar un nuevo e importantísimo trabajo que ofrecemos en primicia.

Discovery DSALUD dio a conocer ya en septiembre de 1999 las impresionantes propiedades terapéuticas del Equipo de Hipertermia de Indiba pero poca gente -especialmente entre la clase médica- dio crédito a nuestras aseveraciones. Un año después, en noviembre del 2000, publicamos un extenso artículo explicando que tanto clínicamente como en laboratorio se había demostrado que el aparato detiene la proliferación de las células cancerígenas y hace desaparecer tumores y melanomas (cánceres de piel). De los casos clínicos, es decir, de pacientes tratados con él y sus resultados ya hemos hablado. Pero por si a alguien le queda alguna duda, publicamos de nuevo algunos testimonios e incorporamos otros sólo a modo de muestra (véalos en el recuadro).

Y de la experimentación en laboratorio hemos contado ya también cómo en el Departamento de Investigación del Servicio de Bioelectromagnética y Bioquímica del Hospital Ramón y Cajal de Madrid se demostró "in vitro" que la corriente eléctrica del aparato -independientemente de su efecto térmico (aumento de temperatura)- tiene un claro efecto citostático (el cáncer deja de crecer) y/o citotóxico (destruye las células cancerosas), según los casos. Estudios inmunohistoquímicos adicionales indicarían que esos efectos se deben a alteraciones en determinadas fases de la mitosis que evolucionan hacia un bloqueo de la misma y, posteriormente, hacia la muerte celular.

Todo esto nos lo confirmaría en persona Alejandro Úbeda, subdirector del servicio, cuando le entrevistamos extensamente el 4 de Octubre del 2000 (véase el número 22 de la revista). Y piénsese que hablamos del centro de referencia a nivel nacional utilizado a menudo por la Dirección General de Productos Sanitarios -dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo- para evaluar y garantizar la ausencia de efectos secundarios nocivos antes de que se autorice la aplicación de terapias basadas en nuevas tecnologías.

Añadiré que en el experimento se emplearon dos tipos de líneas celulares humanas de origen canceroso altamente sensibles a agentes

químicos y físicos. La primera, de tejido nervioso: un neuroblastoma; la segunda, de tejidos periféricos: un hepatocarcinoma. Las células fueron expuestas -en condiciones ciegas para tratamiento- a corrientes del tipo empleado por el Equipo de Hipertermia. Las densidades de las corrientes empleadas cubrían un amplio rango: desde niveles atérmicos a térmicos (hipertermia 0,2 - 1,0 °C). Y los resultados se compararon con grupos de células de control exactamente iguales a las otras, sólo que no fueron expuestas a las corrientes. Por último, se analizaron diversos parámetros implicados en el proceso canceroso: la viabilidad celular, el crecimiento celular y la diferenciación celular. Bueno, pues los dos tipos de células cancerosas -como ya he dicho- respondieron a las corrientes eléctricas. En unos casos, el efecto observado fue de tipo citostático (reducción del crecimiento celular) y en otros de tipo citotóxico (incremento de la muerte celular), dependiendo de la línea empleada. Y ello tras descartarse la posibilidad de que los efectos obtenidos se debieran a efectos térmicos focalizados, electrolíticos, alteraciones en el pH del medio o toxicidad de iones metálicos que pudieran liberarse al medio. Debo agregar que si no se ha constatado la eficacia de la aplicación de hipertermia "in vitro" es por una razón muy simple: no se puede aplicar a grupos de células ya que se "freirían". No es lo mismo aplicar electricidad a un trozo de tejido que a un organismo completo. De ahí que la corroboración de los efectos térmicos del aparato corresponda a otros ámbitos.

LA INOCUIDAD DEL APARATO

Constatada la eficacia del aparato en lo que a la aplicación de la corriente eléctrica se refiere faltaba por demostrar que ésta no tiene efectos negativos en las células sanas, que no produce efectos yatrogénicos indeseables. Especialmente porque existe evidencia -experimental y epidemiológica- de que la exposición a campos eléctricos y magnéticos de frecuencias relativamente bajas (ELF-RF) puede afectar a los procesos de progresión tumoral. Pues bien, ese estudio acaba de finalizar, lo damos a conocer en primicia y su resultado es muy importante: se confirma la inocuidad del Equipo de Hipertermia en las células sanas.

El informe que ese departamento nos ha remitido -como en su día prometieron hacer, cumpliendo así su palabra- es claro. Se trata de un resumen de la investigación efectuada (el lector puede leer íntegro el informe en el recuadro adjunto) donde se explica claramente que los efectos citotóxicos que "in vitro" provoca el aparato en células cancerígenas no se dan en las células humanas normales.

Y añade textualmente: *"Estos datos proporcionan cierto respaldo a la idea de que algunos efectos clínicos de los tratamientos TECECR podrían*

estar relacionados con una posible capacidad de los estímulos de provocar efectos citotóxicos selectivos afectando a células con alta tasa de división (como las cancerosas) sin alterar la viabilidad de células normales". En otras palabras, todo indica que el Equipo de Hipertermia de Indiba impide la proliferación de las células cancerígenas y puede incluso destruirlas... sin afectar negativamente a las células sanas.

El informe termina diciendo que ahora corresponde constatar la efectividad del aparato siguiendo la evolución de los pacientes que se sometan a tratamiento con él. Sólo que son ya muchas las evidencias que existen en ese sentido aunque no estén todas protocolizadas. En suma, nos hallamos ante una noticia de trascendental importancia en el ámbito de la curación del cáncer. Que los intereses económicos que hay detrás de este tinglado impida luego que los pacientes se beneficien de él y se les siga sometiendo principalmente a Radioterapia y Quimioterapia, procedimientos con los que se obtienen resultados (si es que los hay) mucho peores y agresivos, es otra cosa. Al menos, nuestros lectores están informados. Y avisados.

José Antonio Campoy

Cómo actúa el Equipo de Hipertermia

El Equipo de Hipertermia de Indiba -más conocido como Recuperador Electrónico- es un aparato que transforma una energía fría de alta frecuencia relativa (0,5 Mhz.) en temperatura interna de forma que cada célula de tejido capta parte de esa energía y la transforma en temperatura que va del interior al exterior; es decir, no es el electrodo el que calienta la piel sino la piel la que calienta el electrodo.

Dotado de dos métodos de aplicación hipertérmicos -el capacitivo y el resistivo- se trata de un equipo que funciona -en el primer caso- de manera similar a un condensador eléctrico y que está constituido por un electrodo metálico recubierto por una capa aislante de poliamida de forma que en contacto con la piel almacena las cargas eléctricas en profundidad en el cuerpo cambiando la polaridad quinientas mil veces por segundo. El otro electrodo metálico actúa más profundamente y su forma de actuación es resistivo.

Ahora bien, no confundamos calor con temperatura. El cerebro humano, por ejemplo, se lesiona de gravedad si llega a más de 42 grados por lo que aplicar fuentes de calor externas es muy arriesgado. Sin embargo, la temperatura es una medición de los grados de calor y la ventaja del sistema del que hablamos es que, al aplicarse el tipo de corriente que usa y al ser el tejido del cuerpo semiconductor, se

establece una resistencia que provoca una caída de voltaje y su posterior disipación; es decir, transforma esa energía fría de alta frecuencia relativa en un aumento de temperatura que no quema y va del interior del cuerpo hacia el exterior. ¿Qué sucede en cambio con otros aparatos cuando las frecuencias son muy elevadas? Pues que en lugar de una caída de voltaje se produce un movimiento molecular que puede ser contraproducente.

¿Y cómo actúa el aparato? El propio **José Calbet** lo explica: *"Hoy se acepta que las causas por las que se desencadena una enfermedad son variadas pero lo cierto es que cuando algo no anda bien el cuerpo emite señales de alarma. Bien, pues el organismo tiene un campo de actuación determinado y cuando se desajusta o le falta estimulación y no es capaz de repolarizarse por sí mismo empieza a fallar o lesionarse. Es entonces cuando aparece la enfermedad y el "chivato" -en forma de dolor- se "enciende."*

Pongamos como ejemplo el caso de los catabolitos tóxicos y, en particular, de los radicales libres, considerados responsables del envejecimiento y debilitamiento de las defensas naturales al desequilibrar progresivamente todo el conjunto molecular del tejido lo que perjudica el metabolismo y el sistema nutricional linfático.

Al tratarse de una alteración celular que afecta a todo el sistema interno es necesario activar la vitalidad tisular del tejido para asegurar la presencia de una población celular joven que intervenga en el proceso de proliferación mitótico y pueda detener esa desordenada replicación. Pues bien, el aparato, al intensificar esa actividad celular, actúa a modo de vasodilatador y al incrementar la circulación sanguínea y linfática estimula y oxigena la respiración endocelular, lo que contribuye a la expulsión de los radicales libres. Lo que hace, en suma, es actuar desde dentro potenciando el sistema eléctrico interno y activar las células oxigenándolas para darlas así más fuerza al luchar contra la agresión. De esa forma no sólo disminuye el dolor causado por la dolencia sino la propia enfermedad. No podemos combatir la disfunción desde fuera sino que tenemos que hacerlo también desde dentro; y eso es lo que hace de este aparato un instrumento valiosísimo ya que se trata de un sistema bien tolerado y no agresivo para el organismo."

Explicación del experimento efectuado en el Hospital Ramón y Cajal
En todos los experimentos se aplicó un protocolo "ciego" para exposición. Las células eran sembradas en placas con electrodos y mantenidas en incubadores idénticos. Antes de cada experimento el "interruptor" era programado con una secuencia arbitraria y codificada de forma que sólo permitía el paso de la corriente hacia las muestras

localizadas en uno de los dos incubadores. Los cultivos mantenidos en el otro incubador no eran estimulados y se utilizaban como controles del tratamiento. Sólo después de terminado el experimento y estudiadas las células se rompía el sello del código y los investigadores podían acceder a la información sobre cuál de los dos grupos de muestras había sido expuesto a las corrientes. Este procedimiento clásico asegura la imparcialidad del investigador en la obtención e interpretación de los resultados.

Respuesta de células humanas normales a la exposición in vitro a señales TECR en condiciones atérmicas

Alejandro Úbeda, María Luisa Hernández-Bule, María Ángeles Trillo, María Antonia Martínez, Joaquín Matilla, Teresa Montero y Jocelyne Leal. Servicios de Bioelectromagnética y de Bioquímica, Departamento de Investigación, Hospital Ramón y Cajal, 28034 Madrid

Nuestros estudios previos de determinación y valoración de respuesta in vitro a la exposición a corrientes eléctricas TECR, de 0,575 MHz y señal sinusoidal han permitido definir los efectos de ese tratamiento sobre células de líneas diferentes de cánceres humanos. En esos estudios se investigó la respuesta celular ante niveles de exposición en los rangos atérmico y térmico. Los efectos observados consistieron, según, la línea celular ensayada, en un descenso en la viabilidad celular (inducción de muerte celular) o en un decremento de la proliferación celular (reducción del número de células). Resultados de estudios de la dinámica celular indicaron que las citadas respuestas venían mediadas por alteraciones en el ciclo celular que conducían a una detención de la división y, eventualmente, a la muerte de las células afectadas. La relación dosis-respuesta no seguía una función lineal lo que demostró que las respuestas descritas no son achacables, en general, a un efecto térmico. A partir de este bloque de evidencia se ha concluido que la exposición a niveles subtérmicos de corrientes de tipo TECR, aplicadas con éxito en diversos tipos de terapia, provocan efectos citotóxicos en cultivos de líneas de cánceres humanos. Las implicaciones de estos resultados sobre posibles aplicaciones del sistema TECR como coadyuvante en tratamientos oncostáticos no pueden ser valoradas sobre la base de nuestros presentes conocimientos pero merecen ser estudiadas.

La cuestión obvia, a partir de los datos descritos arriba, se plantea en términos de la posible especificidad de la respuesta en líneas cancerosas. Es decir, ¿el tratamiento con corrientes TECR induce respuestas citotóxicas solamente en células de cánceres o, por el

contrario, también células humanas normales ven comprometida su viabilidad en respuesta al tratamiento? La contestación a este interrogante es crucial para la comprensión de los principios de respuesta celular a las corrientes de señal TECR y para la valoración del potencial terapéutico del tratamiento basado en ellas.

Con el fin de responder a esa pregunta se obtuvieron células sanguíneas de voluntarios sanos seleccionando especies celulares de interés en el estudio de posibles efectos del tratamiento TECR sobre la respuesta funcional de células del sistema inmune. Estas células normales fueron cultivadas y sometidas a condiciones de tratamiento atérmico idénticas a aquellas que indujeron las referidas respuestas citotóxicas en las células de cánceres humanos. Después del tratamiento las células normales fueron estudiadas siguiendo también los mismos procedimientos aplicados para las células de cánceres. Los resultados de los análisis no revelaron indicios de efectos citotóxicos en los cultivos de las células sanguíneas normales de donantes sanos expuestas durante periodos de 24 h, a la acción in vitro de corrientes eléctricas de señales empleadas en terapias TECR.

En síntesis, los resultados de los presentes estudios muestran que los efectos citotóxicos provocados por el tratamiento in vitro con señales TECR en células de cánceres humanos no se dan en cultivos de células humanas normales obtenidas de donantes voluntarios. Estos datos proporcionan cierto respaldo a la idea de que algunos efectos clínicos de los tratamientos TECR podrían estar relacionados con una posible capacidad de los estímulos de provocar efectos citotóxicos selectivos afectando a células con alta tasa de división (como las cancerosas) sin alterar la viabilidad de células normales. En todo caso, las potenciales implicaciones de la respuesta celular descrita en la explicación de la acción terapéutica de los tratamientos TECR en traumatología u otras áreas no pueden ser determinadas sobre la base exclusiva de estos datos experimentales y deben ser exploradas mediante la obtención de una evidencia experimental y clínica más extensa.

CURACIÓN DEL CÁNCER: CASOS CLÍNICOS

El informe que publicamos del *Departamento de Investigación del Servicio de Bioelectromagnética y Bioquímica del Hospital Ramón y Cajal* de Madrid es muy importante porque, tras constatar la efectividad del *Equipo de Hipertermia* de Indiba en células cancerosas, demuestra su inocuidad en pacientes sanos. Sólo que esa inocuidad ya se conocía por la vía clínica pues son muchos los enfermos de cáncer tratados a día de hoy -por varias decenas de médicos de toda España- con buenos resultados.

APLICACIÓN EN TUMORES INTRACRANEALES

Es el caso del doctor **Adolfo Ley Valle**, jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona), quien fue además el primero en aplicar el *Equipo de Hipertermia* en tumores intracraneales! Y ya en el año 1988. En su día publicamos con él una entrevista que hoy procede reproducir:

-¿Cómo se animó a utilizar un aparato de hipertermia en el cerebro? ¿No le asustaba, al menos en aquellos momentos, la posibilidad de que el aumento de temperatura afectara negativamente al cerebro de sus pacientes?

-No, porque primero realizamos un estudio de termometría preoperatoria a nivel cerebral y tumoral durante la aplicación del aparato. Y en él se demostró la inocuidad total sobre el tejido cerebral sano por su capacidad de disipación térmica debida a la vasodilatación producida. Eso sí, a nivel tumoral el incremento térmico es algo mayor y se mantiene más tiempo por falta de autorregulación de los vasos neoformados.

-Y una vez constatado ese hecho, ¿comprobaron los efectos del aparato sobre los tumores intracraneales?

-Obviamente. Y he de decir que, aparte de los efectos beneficiosos de la hipertermia en el tratamiento del dolor y otros procesos inflamatorios, nuestras conclusiones más importantes hasta el momento son que frena temporalmente -e, incluso, reduce parcialmente- el crecimiento tumoral y se controla mejor la hipertensión intracraneal al disminuir el edema (inflamación) cerebral perilesional.

Este efecto antiedematoso y el de la vasodilatación a nivel cerebral ha llevado a terminar un protocolo para estudiar el efecto del *Recuperador Electrónico* en los procesos isquémicos cerebrales (falta de sangre) y en algunos casos de traumatismo craneocerebral grave. Hasta aquí un breve resumen de las declaraciones que nos hiciera entonces y cuyo máximo valor estriba en el hecho de que su trabajo fue pionero en este ámbito. El tiempo ha dado aún mayor relevancia a su trabajo.

CURACIÓN DEL CÁNCER DE PIEL

El recientemente fallecido **Dr. José Ramón Guix Melcior**, miembro de la Real Academia de Medicina y director del departamento de Radioterapia y Medicina Nuclear de la *Clínica Delfos* de Barcelona, quien también trabajó durante tiempo con el Equipo de Hipertermia de Indiba, manifestaba hace sólo unos meses a la revista su opinión:

"Realmente se trata de una técnica que puede ofrecer una oportunidad única para la destrucción selectiva de las células radiorresistentes en

los tumores sólidos". Una afirmación a la que llegaría mediante la constatación clínica. Basta observar las imágenes de los melanomas que acompañan este texto y que trató él. En ellas se puede apreciar su aspecto tras ser tratado solo con radioterapia (izquierda) y tras aplicar además el Equipo de Hipertermia (derecha). Como es fácil observar, en el primer caso lo único que pudo conseguirse es quemar la parte periférica de los melanomas; sin embargo, con la radioterapia más la aplicación del aparato se consiguieron resultados óptimos, como reflejan las imágenes.

NUEVOS CASOS

El médico alemán **Wolfgang Krüger**, que trata también en la ciudad de Oberhausen desde hace unos años a sus pacientes con el Equipo de Hipertermia de Indiba, nos haría llegar por su parte dos casos que ofrecemos porque son testimonios significativos.

El primero es el de un varón de 73 años con un carcinoma bronquioalveolar, resección del lóbulo central derecho y metástasis intrapulmonar bilateral. Cuando llegó se le había dado una sesión de quimioterapia con Carboplatino y Etopósido sin lograr cambio positivo alguno y una segunda con Gemcitabin que tampoco produjo efecto por lo que se decidió no seguir con ella. El tratamiento de inmunomodulación tampoco logró ninguna mejoría. Tal era la situación del paciente cuando se presentó por primera vez en la consulta de Krüger el 14 de agosto del 2000. Consultado el médico que hasta entonces había tratado al enfermo éste le diría a Krüger que no tenía sentido darle ningún otro tratamiento porque al paciente le quedaban sólo unos pocos días de vida.

Pues bien, se realizó una subpoblación de linfocitos. La saturación de O₂ estaba al 83%. Se le administró inmediatamente Wobe-Mugos (3 veces, 5 comprimidos al día) e Iscado-Qu. Y se le comenzó a dar 3 sesiones a la semana de hipertermia con el *Recuperador Electrónico de Indiba*. Se le daría asimismo una dosis adicional de oxígeno.

Pues bien, en la primera visita el paciente llegó a la consulta en ambulancia. Sólo seis sesiones después se sentía tan bien que caminó kilómetro y medio seguido y le desaparecieron los dolores.

El último control del tejido tumoral llevado a cabo por un especialista pulmonar demostró que el tejido había dejado de desarrollarse. La saturación de O₂ estaba al 94%.

El tratamiento prosigue.

El segundo caso es el de un varón de 68 años con carcinoma bronquial microcelular del lóbulo superior del pulmón derecho que recibió 7 sesiones de quimioterapia con Taxol y Carboplatino sin que se lograra regresión tumoral. Se le desarrolló luego un carcinoma del epitelio

escamoso de la epiglotis laringea. Se reseccionaría con cirugía láser la epiglotis extirpándosele los ganglios linfáticos. En diciembre de 1998 se le daría radioterapia en el tórax con 50 Gy. En Junio de 1999 sufriría una recaída en el lóbulo superior derecho. Se le dieron 4 sesiones de quimioterapia con Topotecan. En noviembre de ese mismo año se entiende que no hay nada que hacer y se suspenden los tratamientos. En febrero del 2000 acude a la consulta del Dr. Krüger donde se le realiza un análisis de células NK así como de deposiciones. Fue sometido a un completo tratamiento biológico que, entre otras cosas, incluyó lavativas, la toma 3 veces por semana de 50 gramos de vitamina C, la toma de muérdago con helixor A y comprimidos de enzimas además del tratamiento con el Equipo de Hipertermia en el tronco y en la zona hepática 3 veces por semana, tanto por delante como por detrás.

Sólo un mes después -en marzo del 2000-, tras 8 sesiones con el aparato de hipertermia de Indiba, el médico de cabecera efectuaba un chequeo en el que se reflejaba un drástico retroceso del tejido tumoral. Las sesiones continuarían hasta Junio cuando un nuevo chequeo mostró que no había ya anomalía alguna en el tejido pulmonar. El paciente está hoy bien. El cuadro sanguíneo y el marcador tumoral están dentro de la normalidad. El paciente vuelve a tener resistencia y acude cada 3 meses a hacerse un chequeo de control. En total se realizaron 24 sesiones con el Indiba.

TAMBIÉN EN ESPAÑA

Obviamente, también otros muchos médicos de nuestro país tratan el cáncer con el Equipo de Hipertermia de Indiba. Es el caso, por ejemplo, del doctor **Fernando Castelló de Mora**, médico y cirujano que ha trabajado casi 20 años como especialista en Radiodiagnóstico en el Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla y que precisamente cuenta en este mismo número de la revista la sorprendente curación que ha logrado con este mismo aparato en un paciente con espondilitis anquilosante. O el del doctor **Juan Pedro Ramírez**, responsable en Madrid de la Clínica CLIAM. Y muchos más que están dispuestos a contar sus experiencias. Hablaremos de ellas más adelante. Es un tema demasiado importante para no volver nuevamente sobre él.

(VIII) CÁNCER: LOS PROBLEMAS DEL DIAGNÓSTICO

Debido a los actuales métodos y protocolos de diagnóstico muchos pacientes que no tienen cáncer son tratados con terapias agresivas bajo la sospecha de que lo padecen. Y, sin

embargo, detectar el cáncer en sus estadios primitivos, antes incluso de que la patología esté instalada, es hoy posible. Y ello es clave ya que el tiempo ganado a la fase de destrucción celular posibilita hasta revertir el curso de la enfermedad.

El lector debe tener en cuenta que también en el caso del cáncer prevenir es importante. Y que para ello basta seguir unas mínimas normas de higiene vital y alimentaria eliminando los alimentos y sustancias que actúan como inmunosupresores o destructores del sistema inmunitario así como complementar la alimentación cotidiana con preparados (vitaminas, minerales, antioxidantes, etc.) que lo potencien, procurar vivir sin estrés y no consumir agentes carcinógenos ni toxinas así como evitar la acción de campos electromagnéticos y radiaciones tanto en el trabajo como en el hogar. En cuanto al diagnóstico del cáncer se refiere hay que decir que hasta hace relativamente poco no se disponía de métodos precisos para su detección precoz -ni en sus estadios previos, ni en sus fases iniciales- ni podía hacerse un seguimiento adecuado de los casos por lo que tanto médicos como pacientes se encontraban en una auténtica lucha a ciegas al no tener la posibilidad de controlar la evolución de la enfermedad. Es más, las pruebas efectuadas daban a veces "positivo" a pesar de que los pacientes no sufrían ningún tipo de cáncer -lo que se denomina un "falso positivo"- al tiempo que en otros casos los resultados aparentemente eran negativos cuando era obvio que el paciente sufría cáncer -un "falso negativo"-. Este hecho, asumido como "normal", llevó a los científicos a formular teoremas de cálculo sobre la precisión de los resultados de las pruebas basados en las "similitudes estadísticas" encontradas entre los falsos positivos y negativos, sumadas y divididas a y entre los verdaderos positivos y negativos confirmados con posterioridad, lo que dio sorprendentemente origen a un sistema de cálculo de probabilidades más empírico que matemático pero que fue aceptado comúnmente por la comunidad médica (incluso hoy día). Incomprensible. En suma, la mayoría de los expertos en cáncer utilizan métodos analíticos basados en la detección de datos "anormales" en la sangre y orina de los pacientes mediante pruebas específicas denominadas marcadores tumorales... sólo que tales métodos diagnósticos son sólo fiables hasta cierto punto ya que algunos son incapaces de detectar la presencia del cáncer salvo que éste esté desarrollándose o diseminándose (extendiéndose por los tejidos). Y, por otro lado, tumores previamente no detectados pueden pasar desapercibidos para los reactivos existentes ya que al no haberse clasificado anteriormente no se dispone de un método de identificación de la patología. Es más, en ocasiones estos "tests" detectan sustancias producidas por

enfermedades diferentes al cáncer que elevan los resultados provocando el error y dando un falso positivo al tiempo que otros no son lo suficientemente sensibles como para identificar la presencia de cáncer en un amplio porcentaje de pacientes.

Obviamente, cuando éstos presentan ya un gran deterioro se pueden utilizar otros métodos de diagnóstico y seguimiento como las biopsias del tejido, la Tomografía Axial Computarizada (TAC), la Resonancia Nuclear Magnética (RNM), la Tomografía por emisión de positrones (PET Scan), las gammagrafías, los ultrasonidos y demás arsenal tecnológico disponible en la actualidad. Pero, ¿y en las fases iniciales? Porque cuando antes se detecta su aparición, más fácil es lograr revertir el cáncer.

Bueno, pues existe un método económico y bastante más preciso que fue desarrollado por **Sam Bogoch**, médico y bioquímico formado en Harvard que en 1991 dio a conocer los resultados de sus más de 20 años de investigación destinados a reconocer en sus estadios primitivos prácticamente todas las formas de cáncer. El método, conocido como AMAS y que no se utiliza en España -que sepamos-, detecta con una precisión inusual en otros métodos los anticuerpos presentes en una muestra de sangre del paciente.

Aprobado por la FDA norteamericana en 1994, el AMAS mide la cantidad en sangre de un anticuerpo específico denominado anti-malignina que actúa contra la íntima capa proteica de la célula cancerosa y que, según el **Dr. Bogoch**, se encuentra en todos los tipos de cáncer (no se conoce ningún tipo de cáncer que no reaccione a esta prueba). Un método que no sólo permite efectuar la detección precoz sino, además, seguir la evolución de la enfermedad midiendo la efectividad del tratamiento, percibida en términos de reacción de anticuerpos.

Conviene explicar al lector no versado que un anticuerpo es básicamente una molécula proteínica compuesta por linfocitos tipo B a partir de aminoácidos del tejido linfático que pone en acción el sistema inmune para atacar todo elemento extraño al organismo. Es decir, a cualquier toxina, hongo, virus, bacteria o cuerpo proteico ajeno al organismo que éste identifica como extraño y peligroso. A tales elementos se les llama en general antígenos y a todos ellos, como digo, el organismo los combate con los anticuerpos. Para lo cual realiza un marcaje estricto de cada antígeno a fin de eliminarlo o destruirlo luego. Y a las 72 horas del primer contacto con un antígeno ya es posible detectar los anticuerpos en la sangre, la saliva, la linfa y el tracto gastrointestinal o urinario.

Pues bien, en estudios realizados sobre 4.278 pacientes el AMAS demostró una precisión del 95% en la primera prueba y del 99% en la segunda. Aún más, se asegura que tiene capacidad para detectar el

cáncer i hasta 19 meses antes que los métodos convencionales! Y si eso es así nos hallamos frente a un método que permite monitorizar los grados de avance o remisión del cáncer de un modo fiable y prácticamente definitivo, lo cual ha de redundar en un mayor número de pacientes diagnosticados precozmente, tratados antes de que se extienda el problema y, por tanto, con mucha mayor probabilidad de remisión.

Tal es el caso -entre muchos otros- de un cáncer de pulmón muy extendido, el carcinoma bronquial, que suele ser diagnosticado mediante el análisis del esputo y una radiografía de tórax. Y mientras esas dos pruebas no sean positivas no se hace por el paciente nada -o muy poco- salvo medidas paliativas de la sintomatología y darle medicación supresora. Sólo que cuando el carcinoma es ya detectable de esa manera se halla en un estadio generalmente imposible de curar. Tal es la importancia de detectar el problema con tiempo. Ahora bien, es importante añadir que el AMAS funciona con menor nivel de precisión cuando los pacientes han realizado tratamientos de inmunosupresión y que, incluso, falla en aquellos cuyo sistema inmune se ha destruido por la acción de la quimioterapia debido, como es fácil comprender, a su incapacidad para producir anticuerpos. Con la ventaja de que es un método sencillo y su coste es sensiblemente inferior al de los otros métodos disponibles.

DETECCIÓN A TIEMPO

Debo agregar que el AMAS permite detectar los tumores de próstata y mama -cánceres muchas veces complejos de diagnosticar- en fases precoces. Sabemos que cuando alguien padece cáncer de próstata su nivel de PSA -el antígeno específico- es anormalmente elevado pero lo cierto es que con los métodos que se usan actualmente se produce un alto porcentaje de falsos positivos: casi el 75%. Con el AMAS ese porcentaje es inferior al 5%.

El Dr. Bogoch acaba de realizar precisamente un amplio estudio de patología mamaria con 1.175 pacientes que lograron una remisión de sus tumores y que se efectuó tras comprobarse el exagerado aumento de la patología mamaria en los últimos años. Y es que cuando aparecen carcinomas ductales (del ducto lácteo) de la mama, ante la dificultad de un diagnóstico preciso muchas mujeres deciden precipitadamente -en estado de clara angustia- eliminar quirúrgicamente el tumor sin pararse a valorar otras posibilidades. De hecho, un gran número se decide por la mastectomía radical (excisión de la mama) o por la lumpectomía (extirpación del tumor). Hablamos de un tipo de tumor demasiado pequeño para detectarse palpando el seno aunque una mamografía sí pueda ponerlo de manifiesto si bien ésta no permite saber si es o no maligno. De ahí que

recientemente se haya denunciado el uso abusivo de las mismas. Como se ha denunciado, tras revisarse las estadísticas existentes, que se están efectuando demasiadas intervenciones innecesarias sobre las mamas, con el trauma que esto comporta y sus consecuencias. Bueno, pues el AMAS puede resolver esta encrucijada evitando tratamientos innecesariamente agresivos al tiempo que reduce la ansiedad y angustia que acompañan a todo proceso presuntamente tumoral o canceroso.

EL CÁNCER DE MAMA

Los casos de cáncer de mama casi se han duplicado en nuestro país en los últimos dos años. Es ya la segunda causa de muerte secundaria de cáncer en el mundo y la primera cuando se diagnostica entre los 15 y 54 años. En 1996 se dieron 190.000 nuevos casos en Estados Unidos y hubo 42.068 muertes por esa causa. Sin embargo, utilizando racionalmente los recursos existentes hoy para la detección precoz y llevando la correspondiente y correcta combinación de terapia y tratamientos de apoyo el cáncer mamario puede ser superado.

En todo caso, la mujer debe saber que la gran mayoría de los tumores hallados en la mama son benignos y podrían evitarse en buena medida restringiendo el consumo de bebidas y agentes que contengan cafeína, chocolate y xantinas (un producto encontrado en casi todos los cafeínicos) porque aumentan el riesgo de tumores benignos de la mama y, por tanto, dificultan el examen preciso de las mismas por lo que patologías serias y letales pueden quedar enmascaradas.

En cuanto a la mamografía hay que decir que se trata de una técnica con serias limitaciones. Teóricamente puede detectar tumores entre 6 y 17 meses antes de que éste sea palpable pero lo cierto es que en estudios rigurosos jamás se ha conseguido superar la barrera del 52% de precisión diagnóstica. No se entiende pues que sea considerando aún como el método de primera elección a la hora de establecer programas de detección precoz. Especialmente porque no es inocuo. La exposición a rayos X comporta riesgos evidentes a largo plazo, especialmente en mujeres con historial familiar de cáncer de mama. Por eso -entre otras razones- debería hacerse un uso prudente y racional de toda prueba que comporte exposición a radiaciones y de aquellas cuya realización implique -en mayor o menor grado- invasión y agresividad.

Tampoco debe olvidarse que cuando una mujer recibe la noticia de que la mamografía ha dado positivo se suele desencadenar todo un proceso de angustia-ansiedad que, invariablemente, provoca cambios drásticos en la vida de la persona afectada y su entorno. Cambios tan radicales en ocasiones que rara vez la vida de esa persona vuelve a ser la misma. Por otro lado, el miedo a padecer una enfermedad letal

tiene una repercusión sobre el sistema inmunitario y nervioso de la paciente tan intenso que sería difícil pronosticar qué cambios ha provocado. Y eso acaece a pesar de que el 70% de los "positivos" en mamografías se relevan luego "negativos" con la biopsia. Es más, cuando el informe de anatomía patológica revela presunta "positividad" la mayoría de las pacientes llegan a la falsa conclusión de que padecen cáncer aunque posteriormente se constate que el tumor es benigno. Y esas reacciones exageradas así como la presión ejercida sobre médicos y pacientes por el sistema oncológico tiende a producir un aumento injustificado de los tratamientos (cirugía seguida de radiación y quimioterapia) con la consiguiente e innecesaria desfiguración física. Sin olvidar los efectos yatrogénicos de los tratamientos quimioterápicos.

LA MORTALIDAD NO AUMENTA

Hay que decir que la mortalidad asociada al cáncer de mama no ha aumentado mucho desde los años 50 a pesar de que sí ha aumentado la incidencia del padecimiento sobre la población. Es decir, la cantidad de diagnósticos sobre el porcentaje de población es mucho mayor pero no lo es la posibilidad de morir debido al cáncer mamario. Ahora bien, este hecho -muy manipulado por el establishment del cáncer mamario- no quiere decir que los procedimientos actuales para combatirlo sean efectivos. Ni mucho menos. El significado de que esas cifras hayan permanecido relativamente idénticas en cuanto a mortalidad pero con una multiplicación por 10 del número de casos diagnosticados y otro tanto del número de ellos tratados es que los actuales métodos de tratamiento producen el mismo resultado que cuando no se hacía absolutamente nada por los pacientes. Algo que debería hacer reflexionar a los oncólogos.

Lo que sí ha cambiado de un modo llamativo en los últimos 35 años, en cambio, es el tipo de tumor así como su clasificación, diferenciación y evolución. Después de un estudio exhaustivo llevado a cabo por el equipo del **Dr. David Plotki** - más de 29 años dedicado al cáncer de mama- se ha concluido que los tumores mamarios demuestran una clara tendencia a ser bien diferenciados, son de crecimiento lento y, por tanto, son menos letales para la vida humana.

Cabe añadir que la utilidad de la mamografía en franjas de edad inferiores a los 50 años así como su dudoso equilibrio riesgo-beneficio ha sido largamente puesto en duda por estudios aparecidos en publicaciones especializadas, algunas tan prestigiosas como *The Lancet*. Pues bien, uno bien reciente indica que cuando las pruebas mamográficas apuntaban la necesidad de nuevas técnicas para "confirmar" el diagnóstico resultó que en el 93% de los casos se trataba de "falsos positivos". Ello llevó a los autores del estudio a

concluir que "el daño de una mamografía es sustancial mientras que su beneficio es marginal por lo que los costes en los que se incurre son tan elevados que no se justifica la financiación pública de campañas de detección precoz del cáncer de mama mediante mamografías". A pesar de lo cual, las sociedades oncológicas clínicas así como la mayoría de los médicos del mundo desarrollado recomiendan a mujeres por encima de los 38 años la realización periódica de estas pruebas. ¿Por qué?

Otros expertos van más allá y aseguran que las mamografías pueden incluso provocar la diseminación de células cancerosas procedentes de las masas tumorales existentes ya que para su realización es necesario someter a la mama a un importante grado de presión axial contra 2 superficies planas de plástico. Es decir, que esa compresión puede por sí misma hacer que varias células cancerosas se muevan libremente por el tejido extendiéndose por otras áreas del organismo y llegar al torrente sanguíneo. Así lo puso de manifiesto **J. P. Van Netten** -del *Royal Jubilee Hospital* de Londres- en *The Lancet* (Abril, 1994) tras un estudio sobre 110 mujeres con un promedio de edad de 39 años. Hay que añadir que desde la introducción de la mamografía a principios de los 80, el Carcinoma ductal infiltrativo in-situ -que representa el 16% del total de cánceres mamarios detectados- ha aumentado su incidencia un 328%. Y aproximadamente el 200% del incremento de esa incidencia se debió al uso de la mamografía (*The Lancet*, Julio de 1995).

Ciertamente, existen múltiples factores que pueden influir en los falsos positivos de la técnica mamográfica. Uno de ellos es la terapia hormonal sustitutiva -tan extendida durante los últimos años entre las mujeres premenopáusicas y menopáusicas- así como la hormonoterapia.

Un estudio realizado en 1996 en la Universidad de Washington y publicado por el *Journal of The National Cancer Institute* sobre cerca de 9.000 mujeres en edad menopáusica que estaban siguiendo -o habían seguido- tratamiento hormonal sustitutorio encontró que se había incrementado en un 71% la posibilidad de dar un falso positivo en el examen mamario rutinario mediante mamografía.

No es difícil imaginar el enorme costo económico, médico y emocional que causa en estas mujeres un error de tamaña consideración cuando les es comunicado su diagnóstico sin haber considerado siquiera la posibilidad de que se esté frente a un error inadmisibile dentro de un sistema sanitario que carece de procedimientos de autoevaluación, autocrítica y autorrevisión.

Frente a métodos de detección precoz como el test AMAS está claro que la mamografía se encuentra en notable desventaja. De hecho, ésta estaría indicada sólo en caso de una positividad del AMAS a fin de

localizar la posición exacta del tumor.

UNA VISIÓN ALTERNATIVA

Podemos afirmar, por tanto, que un amplio porcentaje de mujeres en edad de riesgo podrían verse beneficiadas si dentro de la educación sanitaria que se les proporciona se contemplasen medidas de eliminación de riesgos potenciales y exponenciales de desarrollar tumores mamarios en lugar de relajarse descansando la toma de decisiones en la positividad o negatividad de las mamografías. Y cuando hablamos de tomar medidas nos referimos a la adopción de hábitos y actitudes de marcados resultados reales, no de maniobras de distracción o de empirismo literario-sanitario. Hablamos de ser partícipes desde el primer momento de la lucha contra la enfermedad y la recuperación de la salud en un terreno donde lo usual hasta ahora es empezar a tomar parte sólo cuando el miedo obliga a actuar y cuando, lamentablemente, es demasiado tarde para el enfermo. Recuerde, en todo caso, que son también factores de riesgo las dietas hipercalóricas (ricas en grasas), la terapia hormonal sustitutiva, las sustancias acidificantes y oxidativas presentes en la cadena alimentaria (xantinas, metil-xantinas, esteroides...), la exposición vitalicia a estrógenos presentes en el ciclo vital de la mujer, la reducción brusca o eliminación de la lactancia materna y la interrupción del embarazo (especialmente en fases tardías). Evitar estos elementos así como potenciar un estilo de vida sano siguiendo una dieta correcta y equilibrada, la toma de suplementos dietéticos esenciales, el ejercicio regular, el respeto de las horas de descanso y sueño, y la vigilancia activa de nuestros cambios fisiológicos son, sin lugar a dudas, la mejor estrategia para el correcto funcionamiento y conservación de un sistema inmunitario que mantenga intacta su capacidad de vigilancia sobre nuestras células, tejidos, órganos y sistemas disminuyendo así el riesgo de contraer cualquier enfermedad, incluido el cáncer.

(IX) CÁNCER: LOS PROBLEMAS DEL DIAGNÓSTICO (II)

baratos que los comúnmente utilizados por buena parte de los expertos. Y ese simple hecho podría salvar muchas vidas ya que la precocidad de un diagnóstico es en la mayor parte de las ocasiones fundamental para la salvación del enfermo. ¿Por qué no se utilizan? Este mes continuamos el análisis de la situación, iniciado en el número pasado hablando del test de detección AMAS y centrando nuestra atención en el cáncer de mama. Esta vez lo hacemos en el cáncer colorrectal.

En el caso del cáncer colorrectal -al igual que ocurre en el cáncer de mama, como vimos el mes pasado- tanto la prevención como la detección precoz juegan un papel mucho más importante, si cabe, que en otros tipos de tumores malignos. Porque cuando es detectado con la antelación suficiente su tratamiento y erradicación es infinitamente menos complejo que cuando el diagnóstico se realiza en una fase tardía y, en particular, porque según las estadísticas existentes en los países industrializados es el segundo tipo de cáncer más frecuente y uno de los más agresivos y letales cuando no se trata de modo adecuado. Aproximadamente un 23% de los fallecimientos por cáncer acaecidos en Estados Unidos, Canadá y México son atribuidos al cáncer colorrectal, a alguna de sus variantes o a las metástasis distales del mismo de los que la mitad muere antes del año y medio de su detección y un 42% entre ese año y medio y los cinco siguientes siendo un escaso 8% los que superan ese plazo. Dramático cuadro que se debe en buena medida a un diagnóstico tardío. Por el contrario, una detección precoz permite resultados mucho mejores.

Una de las pruebas más comunes e importantes para la detección del cáncer colorrectal es la búsqueda de sangre oculta en las heces. Invisible al ojo, en el sangrado colorrectal la sangre se encuentra mezclada o en la superficie de la masa de desechos. Y sólo es detectable mediante un proceso químico denominado *Hemo-Occult* (Sangre oculta). Hablamos, por tanto, de la identificación de pequeñas cantidades de sangre y no de hemorragias identificables visualmente. Otra cosa es cuando síntomas como el dolor, la distensión abdominal o la inflamación del bajo vientre acompañan a la aparición de sangrados pero desgraciadamente esa sintomatología no suele aparecer hasta que el tumor ha crecido y su tratamiento es ya prácticamente imposible. En tales casos lo único que se puede hacer es intentar una agresiva intervención quirúrgica o dar quimioterapia, algo esto último que comporta efectos muy tóxicos.

En suma, por eso se realiza habitualmente el test de *Hemo-Occult* (sangre oculta) por el llamado "*método del guayaco*" (porque una muestra fecal simple se coloca sobre un soporte impregnado en solución de guayaco, una especie vegetal). En presencia de la hemoglobina y tras aplicar un líquido revelador sobre las heces, al contacto con la impresión se produce un cambio de color -generalmente pardo azulado, como tinta de bolígrafo- que indica la presencia de sangre y, por tanto, determina la positividad del test. Ahora bien, si el "positivo" se produce es necesario reconfirmarlo porque se han dado casos de positividad falsa en pacientes que habían consumido recientemente algunos vegetales frescos, carnes rojas, suplementos vitamínicos, hierro, vitamina C o antiinflamatorios

químicos del grupo de los llamados no esteroideos. Por tanto, estos alimentos y productos deberían evitarse en las 24 horas anteriores al test al menos.

Si el positivo se confirmase lo prudente sería realizar una exploración asistida por procedimientos fiberopticos, es decir, la introducción por vía rectal de un tubo flexible que contiene una pequeña cámara y un iluminador de campo a través del cual se visualiza el interior de la cavidad colorrectal y se alcanza la posición inferior interna del colon conocida como colon signoideo o sigma en busca de elementos tumorales macroscópicos o proliferativos que de otro modo serían difícilmente visibles o localizables, por no decir imposible.

En algunos casos, y en presencia de ciertos elementos proliferativos (poliposis), la introducción del fibroscopio -al que se asocia una cabeza instrumental- puede utilizarse para la extirpación directa. No obstante, y entendiendo el hecho de que 2 de cada 3 cánceres colorrectales son determinados con cierta precisión mediante la combinación de estos métodos, existen limitaciones a su uso tales como procesos microscópicos o microcelulares que no han proliferado, cambios ocultos en la región externa (extramural) de la cavidad colónica o procesos que, por su naturaleza, presentan mínimos cambios a nivel de la mucosa anorrectal y sus tejidos adyacentes pero se están comportando de un modo terriblemente agresivo en órganos o tejidos que se encuentran a distancia (distales) del original y primario sitio de aparición del tumor.

En suma, hay que analizar las circunstancias o elementos de nuestro comportamiento habitual que pueden ayudar a la prevención. Este tipo de cáncer, por ejemplo, es bastante común en varones por encima de los 50 años cuya dieta ha sido pobre en general, con predominio de carnes y grasas. De ahí que las personas que siguen hoy una alimentación de ese tipo debieran plantearse reducir factores de riesgo volviendo a una alimentación más vegetariana.

La observancia de hábitos intestinales regulares así como la higiene colónica frecuente, una dieta rica en fibras y baja en grasas y proteínas, el ejercicio regular y el alejamiento de hábitos tóxicos suelen ser elementos suficientes (descartando factores genéticos) para ejercer una prevención activa. Y a pesar de que se recomienda realizar una sigmoidoscopia cada 3 o 4 años desde la cincuentena, si no se ha tenido síntoma alguno eso no suele ser necesario.

QUÉ HACER SI SE DETECTA EL CÁNCER

Si a pesar de las medidas preventivas el cáncer colorrectal aparece, la primera opción debería ser acudir a algún experto en Medicina Biológica y/o Alternativa. Claro que contactar con médicos alternativos serios, formados y con experiencia puede ser una labor ardua en un

país como el nuestro donde la Medicina Alternativa ha estado durante años en manos de personal sin formación académica alguna, autodidactas o aficionados con más buena intención y voluntad que conocimientos. Es más, las medicinas no alopáticas han sido ignoradas por los médicos ortodoxos y proscritas por las organizaciones de presión y acción política así como por los gobiernos dificultando el acceso a información veraz y seria, restringiendo la posible formación y capacitación profesional, y forzando a los médicos interesados en ellas a estudiar en el extranjero.

Debo añadir en todo caso que, como norma general e independientemente del programa específico diseñado por el profesional para cada caso particular, se debe empezar erradicando el consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, café), adoptar una alimentación que minimice los factores de riesgo e ingerir los suplementos nutricionales adecuados. Porque si bien estas medidas son más útiles para prevenir el cáncer que para tratarlo una vez manifestado éste, sí son muy útiles a la hora de prevenir su recurrencia.

LA DIFICULTAD DEL DIAGNÓSTICO

Cuando se habla de "diagnóstico", la gente en general asume que se trata de algo sencillo y casi automático al que todo médico o científico llega por un procedimiento u otro en mayor o menor espacio de tiempo. Y nada más alejado de la realidad. Ese reduccionismo simplista que consiste en confundir hallazgos tantas veces normales con presuntas anormalidades y lo anormal con lo anormalmente patológico en una enseñanza y una lección difícil para todo profesional de la salud. Especialmente porque si un diagnóstico correcto supone un elevado porcentaje de esperanza en el camino hacia la curación de un enfermo no es menos cierto que la tarea diagnóstica posee un elevadísimo porcentaje de fracaso implícito en el propio hecho investigativo teniendo en cuenta que conocimientos actuales y medios son elementos limitados y de complejo manejo y decisión.

Es decir, que los científicos y los médicos -al igual que el público- se equivocan muchas veces. Y en demasiadas ocasiones porque tienen asumidas como verdaderas muchas cosas que no lo son o deberían ponerse en entredicho. Tal es el caso, por ejemplo, de la arraigada creencia de que los microbios -bacterias y virus- sólo generan enfermedades infecciosas (como el SIDA, la gripe o la tuberculosis, la neumonía o el sarampión). En su día se dio por hecho que la sangre no contenía organismos vivos que pudieran contribuir a la aparición de cáncer... porque los microscopios convencionales no los podían detectar. La aparición del microscopio electrónico -un alarde de potencia que amplió el alcance y uso de la técnica de exploración mediante microscopía aplicada a las ciencias en general y a la

medicina en particular- demostró que sí existían en la sangre microorganismos y agentes microbianos... pero muertos. Una conclusión a la que llegaron los científicos debido a que ya sí podían observar esos especímenes pero "comprobaron" que no estaban "vivos". Más tarde se sabría que esos microbios sí estaban vivos en el momento de preparar la solución y que era el vacío creado por la lluvia de electrones del mecanismo intrínseco del microscopio lo que los mataba. Así se entendería con el desarrollo de microscopios más sofisticados que emplean la luz como base y con los que se logró saber además que muchos microbios desempeñan un papel importante ya que pueden inducir cambios degenerativos celulares, precursores de cáncer.

Es más, no sólo se pueden hoy detectar estos microorganismos vivos en la sangre sino que se pueden hallar evidencias de su actividad en signos de naturaleza energética y metamórfica aun cuando no se halla producido tumoración evidente alguna .

CUANDO LA TECNOLOGÍA CAMBIA LAS CONVICCIONES

Naessens, biólogo canadiense de origen francés, desarrollaría luego un microscopio óptico llamado Somatoscopio que le permitió ver partículas delgadísimas de color blanquecino a las que bautizó como somatides y que jamás habían sido investigadas, vistas o clasificadas. Llegando a la conclusión de que se trataba de las partículas más pequeñas jamás vistas y existentes en la sangre por lo que intuyó que era la más pequeña unidad vital, un precursor del ADN capaz de transformar la energía en materia. Al tiempo que este revolucionario hallazgo tenía lugar, en otro lugar del planeta el bacteriólogo alemán **Gunther Enderlein** los denominó protitos y la Dra. **Virginia Wheeler** criptocitos progenitores (Progenitor Cryptocides). Diferentes investigadores en diferentes lugares creyeron que tan sólo se trataba de variaciones del mismo microbio.

Independientemente de ello, todos llegaron a la conclusión de que podía confirmarse la existencia de microorganismos de naturaleza pleomórfica o cambiante que se hallan tras el proceso canceroso de un modo u otro.

Más adelante, la introducción del uso del microscopio de campo oscuro produjo un cambio de pensamiento en las rutinas de investigación. Uno de los impulsores de este revolucionario cambio de mentalidad frente a la investigación en cancerología y su génesis fue el Dr.

Marteen Klatte, patólogo clínico y homeópata sueco. Al igual que muchos de sus colegas, él había asumido el precepto de que los organismos vivos existían en la sangre y de que sus componentes esenciales podían ser detectados a través del microscopio electrónico. Sólo que hasta entonces en lugar de mirar los componentes sólo se

tenía en cuenta la cantidad; es decir, se realizaban recuentos. El cambio se produjo cuando el doctor. Klatte cayó en la cuenta de que los análisis de sangre tradicionales -en los que se observaba la sangre y sus elementos componentes en formula cuantitativa, (recuentos)- decían muy poco sobre la condición y las funciones desempeñadas por estos. Por lo que comenzó a mirar su movimiento y comportamiento intrínseco estableciendo una variable en el tipo de análisis sanguíneo realizado que distinguía entre el análisis convencional y el microscópico de campo oscuro dándose cuenta de la brutal diferencia que suponía establecer criterios de competitividad y competencia -cualitativos- de la sangre frente a los tradicionales criterios de número o cuantitativos.

A modo ilustrativo, imaginemos que un individuo acude por primera vez a que se le realice este tipo de prueba. El sujeto padece cáncer y se le practica un recuento de célula blanca, lo cual significa que se practica un recuento de neutrófilos (un tipo de célula de la sangre). El procedimiento estándar es contrastar el recuento del sujeto frente a los rangos de normalidad comúnmente aceptados y compararlos. Si el recuento se halla dentro de lo considerado rango de "normalidad" se le clasifica como "normal". Sin embargo, usando un microscopio de campo oscuro aquello normal cuantitativamente puede ser anormal siguiendo un criterio de funcionalidad por lo que aún siendo normal en número su actividad celular respecto de la normal o deseable se halla bastante alejada.

El microscopio de campo oscuro permitió observar cómo la pared celular de estos neutrófilos se rasgaba y permitía al citoplasma salir desde el interior de la célula y observar cómo éstas se desnaturalizaban y morían lentamente. La mayoría sufrían un proceso de paralización o rotura y disgregación con lo cual el recuento celular carecía de valor alguno aun estando dentro de los rangos de normalidad ya que se trataba de células de nula actividad y, por tanto, incompetentes.

El movimiento proporcionó información valiosa sobre las células: su forma proporcionaba información valiosa sobre el modo en que resultaban dañadas por la presencia de radicales libres o cómo defectos de pared celular podían ser corregidos en base a aspectos nutritivos de las mismas.

Un defecto de pared significa que la membrana celular no es estanca sino que se transforma en permeable y porosa, hallándose fragmentada y permitiendo a sustancias y elementos indeseados la penetración por invasión. Es decir, que aumenta la falta de respuesta frente a microorganismos extraños.

En aquella época muchos científicos tendían a creer que la sangre y la orina eran, en esencia, fluidos estériles. Pero a través del microscopio

de campo oscuro se constató que ambos fluidos están repletos de elementos vivos cuyos componentes se hallan en constante cambio debido al efecto y comportamiento de las somatides.

Mas allá de esta teoría, el Dr. Klatte se atrevió a afirmar que los cambios en estos ciclos celulares se correspondían con los ciclos de salud y enfermedad en el sujeto. Así, el ciclo de las somatides indicaría la presencia de cáncer en una variabilidad de tiempo intermedia entre los 8 y los 18 meses antes de que existieran cambios clínicos -como un ganglio linfático anormalmente abultado o un nódulo mamario- de tal modo que cuando el ciclo pleomórfico de las somatides aparece podríamos revertirlo mediante terapia específica. Y si no se produce una regresión en ese ciclo sabremos que la terapia empleada no está funcionando.

EXCELENTE MÉTODO PREVENTIVO

Podemos deducir, por tanto, que en su aplicación clínica el microscopio de campo oscuro es un elemento diagnóstico que permite a la vez no sólo conocer antes de que aparezca la tendencia al cáncer de un paciente sino que, además, compone una monitorización muy fiable para la evaluación del impacto de las terapias empleadas.

Al mismo tiempo, observando cómo la sangre de los pacientes mejora a lo largo del tiempo, las imágenes de campo oscuro sirven como una retroalimentación psicobiológica haciendo al paciente proclive a un refuerzo en su actitud hacia los cambios positivos.

Actualmente en Estados Unidos se realiza un tipo de análisis microscópico por un procedimiento simple llamado LBA (Live Blood Analysis), una forma rápida y precisa de evaluación de la sangre del paciente pues permite conocer y observar deficiencias vitamínicas y minerales, grados de toxicidad y oxigenación de la sangre así como posible insuficiencia hepática, grasa excesiva, agregación plaquetaria y arterioesclerosis. Es decir, tendencias hacia reacciones alérgicas, incluyendo algunas de difícil diagnóstico o imposibles de determinar basándose en síntomas externos.

En nuestro creciente interés por la conservación y la importancia de un sistema defensivo, sano y activo el LBA constituye pues un medio insuperable que nos ayuda a la evaluación dinámica de los grados de resistencia que una persona posee frente al cáncer. Este análisis permite que los problemas sean detectados y tratados antes de complicarse.

No hay que olvidar que en el uso clínico el hecho de poder observar los cambios experimentados con un procedimiento que implique una base para la comparación y confirmación de resultados supondrá un mayor entendimiento y claridad para el paciente y, de algún modo, reforzará su propia adhesión al estricto y disciplinado programa de tratamiento

elegido. Es evidente que el LDA, combinado con otros métodos diagnósticos, permitirá en el futuro una mejor comprensión del cuadro clínico y de la condición específica del individuo.

(X) LOS SUPUESTOS AVANCES EN LA CURACIÓN DEL CÁNCER SON MANIPULACIONES ESTADÍSTICAS

La maquinaria del "establishment" sanitario viene ocupándose desde hace años en hacer creer a la sociedad que se ha avanzado mucho en la curación del cáncer pero no es verdad en absoluto. Es puro marketing. En lo que quizás se ha avanzado es en el "*diagnóstico*" y "*tratamiento*" convencional del cáncer pero en su "*curación*" prácticamente nada. Todo eso se ha hecho creer mediante manipulación de las estadísticas. Se lo contamos en detalle.

En un extenso artículo titulado *La eficacia real de los tratamientos convencionales del cáncer* que publicamos en el nº 39 de la revista explicábamos ya: "*Si uno creyera lo que afirman las autoridades sanitarias y los oncólogos más 'prestigiosos' de España y del mundo, en los últimos años se ha avanzado muchísimo en lo que a la curación del cáncer se refiere. De hecho, no hay semana -desde hace al menos dos décadas- que los principales medios de comunicación de cualquier país no recojan una buena noticia al respecto. Por eso existe la convicción entre la ciudadanía de que el cáncer ha dejado de ser tan mortal como antes, de que la Quimioterapia, la Radioterapia y los nuevos antitumorales han conseguido poner al cáncer 'entre las cuerdas'. Bueno, pues no es verdad. Salvo excepciones muy concretas, la única terapia convencional efectiva contra el cáncer sigue siendo la cirugía y eso en los casos en que el tumor está aislado. Ya está bien de mentiras interesadas*".

En aquel artículo plasmamos también una serie de interrogantes y respuestas que conviene recordar de nuevo por su importancia: "*¿Cuántas personas enferman en España de cáncer cada año? No se sabe. ¿Cuántas mueren por esa causa? No se sabe. ¿Cuántas fallecen antes de haber transcurrido un año de habérselas descubierto el cáncer? No se sabe. ¿Cuántas sobreviven dos, tres, cuatro, cinco años o más a los tratamientos? No se sabe. ¿Cuál es la eficacia real de los tratamientos, especialmente de los nuevos antitumorales? No se sabe.*

Pero, bueno, -imagino que se preguntará el lector-, ¿es que no hay estadísticas nacionales sobre el cáncer? Y la respuesta es NO. ¿Y por qué? Pues porque no interesa. Porque contra las frías cifras no se puede hacer nada, no se pueden difundir mentiras interesadas una y otra vez." Y añadíamos: *"El Ministerio de Sanidad y Consumo no tiene datos. La Asociación Española contra el Cáncer y la Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer tampoco. Los grandes laboratorios de investigación de fármacos para combatir la 'enfermedad', mucho menos. No hay datos fiables de nada. El único organismo que tiene datos concretos en España es el Instituto Nacional de Estadística y se refieren sólo a la morbilidad hospitalaria. Es decir, lo único que de verdad se sabe es cuántas personas mueren en los hospitales a causa del cáncer. Los últimos datos hechos públicos son del año 1999. Puede usted acceder a ellos a través de Internet y consultarlos (www.ine.es). Y esos datos indican que ese año murieron en los hospitales 371.102 personas. De ellas, 94.566 (el 25,48%) a causa de tumores; es decir, de cáncer. Luego una de cada cuatro personas que muere en un hospital español lo hace de cáncer. Una cifra mareante que, encima, no refleja la realidad porque buena parte de los enfermos terminales de cáncer son enviados a morir a sus casas por los oncólogos 'cuando ya no pueden hacer nada por ellos'. En suma, ¿cuántas personas mueren de verdad de cáncer en España si sólo en hospitales fallecen casi cien mil al año? ¿Un 50% más? ¿El doble? No se sabe. Pero eso sí, se ha avanzado muchísimo en la investigación y tratamiento del cáncer..."* Algunos lectores, tras la lectura de aquel artículo, se resistieron a creer lo que contábamos. Y nos lo dijeron. Pero, ¿cómo -nos decían- van a engañar las multinacionales a tanta gente? ¿Cómo va a ser posible que la quimioterapia y la radioterapia no sirvan para nada en la mayor parte de los casos y las autoridades del Estado y los médicos vayan a consentirlo? Tienen ustedes que estar mal informados...

¿Mal informados? El pasado 4 de febrero, **Mariano Barbacid**, director del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), afirmaba ante el presidente del Gobierno, **José María Aznar**, durante la inauguración oficial de la nueva sede de ese organismo, que *"la mitad de los españoles padecerá un cáncer en algún momento de su vida, de los que la mitad fallecerá debido a esa enfermedad"*. Es decir, el propio Barbacid, una de las *"personalidades internacionales de más prestigio en esta enfermedad"* asegura que **la cuarta parte de los españoles morirá de cáncer**. ¿Empieza a entender el lector la gigantesca importancia de este tema y por qué nos reiteramos en él? ¿Empieza a entender por qué el silencio de muchos medios de comunicación y, sobre todo, su aquiescencia a dar acríticamente las informaciones falsas y manipuladas que cada cierto tiempo filtran algunas

multinacionales constituyen ya una cuestión de complicidad criminal? Pero, entonces -insisten mis interlocutores-, ¿de dónde salen las cifras tan esperanzadoras de "curaciones" que ofrecen los oncólogos? Pues -evidentemente- de la propia industria fabricante de quimioterápicos y de aparatos de radioterapia a los que no controla, con rigor, **nadie**. Hace sólo dos meses publicamos en **Discovery DSALUD** una entrevista con la doctora **Ghislaine Lanctôt**, autora del *best seller* mundial *La mafia médica*, en la que ésta denunciaba abierta y valientemente la corrupción del actual sistema sanitario, *"permitida y amparada por médicos y gobiernos en beneficio de las grandes empresas farmacéuticas"*. Pues bien, hace ya muchos años se publicó otra obra esclarecedora que tenía un título similar: *La mafia del cáncer*. Escrito por **Christian Bachmann**, un periodista alemán de investigación, el libro -no editado en español que sepamos-, riguroso y perfectamente documentado, constituye una denuncia brutal -e inatacable- de la práctica oncológica vigente. Un documento cuyo contenido, a pesar de haber transcurrido varios años, sigue estando de plena actualidad.

"Un informe del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos elaborado en 1979 -puede leerse en el libro- reconoce que en el lapso de los últimos 23 años la barrera de los 5 años de sobrevivencia para todos los tipos de cáncer sólo ha mejorado en un 2%. Y precisamente en los tipos más comunes y frecuentes de cáncer las gráficas que indican la sobrevivencia están totalmente inmóviles desde hace decenios. El 'New England Journal of Medicine' reconoce que desde 1955 la cifra de curación en pacientes con 'cáncer de mama' ha permanecido prácticamente constante. Y en el cáncer de estómago y de intestino grueso hay una ausencia total de éxito desde hace 40 años. Un reconocimiento público -añade- que fue mal muy recibido por el alto mundo especializado."

Bachmann explica luego que la práctica totalidad de los medios de comunicación suelen participar *"con celo y esmero"* en las *"campañas de encubrimiento"* de la verdad. Y agrega que por eso, por ejemplo, *"las grandes y calificadas revistas norteamericanas lograron acallar durante años las palabras del investigador **Hardin B. Jones**, cuyos trabajos mostraban al desnudo las escandalosas irregularidades que se cometían en las estadísticas del cáncer a fin de maquillar los resultados de los ineficaces tratamientos"* de hoy.

Jones -entonces profesor de la Universidad de California en Berkeley y conocido en todo el mundo por unas investigaciones en las que demostró la relación existente entre fumar y el cáncer de pulmón- denunció en un seminario celebrado en 1975 ante numerosos periodistas especializados de todo el mundo lo que había descubierto. Según explicó, en las investigaciones para comprobar la eficacia de los

fármacos muchos pacientes desahuciados eran colocados en el grupo "testigo" -es decir, en el de aquellos pacientes a los que sólo se les da un placebo y no el tratamiento que se va a probar- con lo que el índice de supervivencia de ese "grupo de control" resultó ser muy bajo. En cambio, en el grupo de personas a las que se iba a administrar el tratamiento no sólo no había nadie desahuciado sino que se incluía en él a quienes tenían ya de por sí mayores posibilidades de sobrevivir. Y, encima, a los enfermos de este segundo grupo que fallecían tempranamente se les excluía del estudio -una vez empezado- para que no se contabilizaran sus muertes con la excusa de que no habían sido tratados "durante el tiempo suficiente" con el tratamiento para ser tenidos en cuenta. En suma, se favorecía desde el *principio "de forma engañosa e indecente"* al grupo de pacientes asistidos con el producto o tratamiento que se estaba estudiando.

Jones denunció además que desde 1940, debido a la nueva "definición científica" de lo que se consideraba "cáncer", se estaban clasificando como tales tumores de dudosa malignidad. Y aseguró que fue a partir de ese momento cuando creció rápida y espectacularmente la cifra de "*curaciones de cáncer*". Explicó luego que había comprobado cómo la cifra de "curaciones" conseguida se correspondía precisamente, en todos los estudios revisados, con el porcentaje de "diagnósticos dudosos". En otras palabras: muchos de los que presuntamente se curaban de cáncer... no habían tenido probablemente jamás esa enfermedad.

Pero Jones fue aún mucho más allá. Porque resulta que, una vez corregidas esas "irregularidades" en las estadísticas estudiadas, llegó a la conclusión de que "*la verdadera expectativa de vida de los pacientes con cáncer que no fueron tratados parece ser mayor y mejor que la de los que se someten a tratamiento*". En suma, los tratamientos oficiales para el cáncer no sólo no ayudan sino que son peligrosos. O, dicho de otra manera: los enfermos de cáncer que no se someten a ningún tratamiento convencional viven más tiempo y con más calidad de vida que quienes se someten a ellos.

¿Y que pasó con tan increíble revelación? El periodista científico **Gary Nuil** lo resumió en su momento: "*Sólo dos de los centenares de periodistas que asistieron al simposio lograron que tan asombrosa información fuese publicada*". Un silencio que se mantuvo en los años siguientes a pesar de que Jones demostró entre 1975 y 1978 -con mayor lujo aún de detalles- que se había utilizado esa misma argucia en otros trabajos. Todos sus hallazgos fueron silenciados sistemáticamente por los medios de comunicación. Hardin B. Jones murió en 1978... Sin comentarios.

POR QUÉ LOS ONCÓLOGOS INSISTEN TANTO EN LA

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

El autor de *La mafia del cáncer* comenta sobre lo anteriormente dicho: *"Hoy se sabe a ciencia cierta que Jones no era el único que había descubierto que las probabilidades de éxito de un tratamiento para el cáncer no dependen del tratamiento en sí sino de cómo es escogido el grupo que va a ser utilizado para la estadística. Es más, Benninghoff y Tsirn habían llegado ya en 1959 a esa misma conclusión tras analizar con lupa las historias clínicas de 26.000 mujeres con cáncer de mama"*.

Benninghoff y Tsirn descubrieron además la importancia del "diagnóstico precoz"... a la hora de maquillar resultados. Y lo hicieron al intentar comprender por qué en la clínica gineco-obstétrica de la ciudad de Munich se "curaba" en 1933 el 38% de los casos, a comienzos de los años cincuenta un 54% y en los sesenta el 61%. Y es que ambos constataron que en realidad esas mejoras se correspondían con "el perfeccionamiento en el diagnóstico precoz". Es decir, se dieron cuenta de que el número de "curaciones" aumentaba porque el tumor presuntamente cancerígeno se encontraba mucho antes que años atrás. Y, consecuentemente, el número de casos de "sobrevivencia" era mayor. Hasta el punto de que en el llamado "estadio I" de la enfermedad las "curaciones" habían subido desde el 71% al 90%. ¿Significaba eso, pues, que se "curaban" más enfermos gracias a la mejora y perfeccionamiento de los tratamientos? ¿Era eso lo que indicaban las frías cifras? En absoluto. Lo que sucedía, por una parte, es que se diagnosticaban como "enfermos de cáncer" muchos casos que no lo eran (entrando en las estadísticas de enfermos de cáncer todos los casos dudosos). Y, por otra, como el diagnóstico era más precoz, como el tumor se encontraba antes, el tiempo de desarrollo o crecimiento del mismo era también mayor. Se conseguía así un porcentaje de supervivencia igualmente mayor. Porque como ya hemos explicado en ocasiones anteriores, en Oncología la palabra "curación" no significa -como en otras enfermedades- que el paciente ha dejado de tener cáncer, que queda libre de la enfermedad. En modo alguno. Los oncólogos hablan de "*curación clínica*", no de curación a secas. Y dicen que un paciente está "clínicamente curado" cuando sigue vivo cinco años después de serle diagnosticado un cáncer. Aunque siga teniendo cáncer. Aunque se muera un día después. Si uno sobrevive cinco años -y no importa nada si uno está vivo pero hecho un guiñapo a causa del tratamiento- la persona pasa a formar parte del batallón de "enfermos clínicamente curados". Evidentemente, a muchos oncólogos les da hoy ya tanta vergüenza esa manipulación tan descarada de la realidad que empiezan a negarse a hablar de "curación" y utilizan ya sólo el término "sobrevivencia". Pero siguen encantados cuando alguien les dice que un fármaco logra

tamaño "hazaña". A fin de cuentas, la mayoría de los enfermos de cáncer se les muere mucho antes cuando aplican sus protocolos oficiales. Lo que esos oncólogos ignoran es que, encima, en la mayor parte de las ocasiones eso tampoco es verdad.

El cirujano alemán **Werner E. Loecke** destapó esa realidad hace ya algunos años en su libro *Krebs-Alarm*. La explicación a los aparentes éxitos de algunos fármacos era, según él, mucho más sencilla: lo que los manipuladores de las estadísticas habían hecho era "*correr hacia adelante los límites de los estadios clásicos del cáncer*" Dicho de otra forma, lo que hoy día se diagnostica como "estadio I" de la enfermedad -un cáncer en su fase inicial- no se podía siquiera descubrir años antes. En esa época todas las personas enfermas con "tumores malignos" pero indetectables se consideraban sanas. Y, obviamente, si a uno se le detecta el cáncer mucho antes, cuando el tumor es aún diminuto, las posibilidades de superar los cinco años de supervivencia -la barrera mágica de los oncólogos que les permite alardear de que sus tratamientos sirven para algo- son mucho mayores. Es evidente que no es lo mismo superar ese lustro cuando se detecta el tumor teniendo ya dos o centímetros que cuando se detecta cuando sólo tiene dos o tres milímetros. Se gana un tiempo precioso... para que el enfermo engorde la estadística de pacientes de cáncer tratados y "curados clínicamente" (es decir, que no se mueren antes de transcurrir cinco años desde que se le diagnostica).

¿Entiende ahora el lector por qué es tan "importante" un diagnóstico precoz? Pues es simple: no lo es porque eso implique que el paciente tenga más probabilidades de curarse. Cuando no se sabe cómo curar un cáncer el hecho de que se empiece a tratar al enfermo cuando el tumor tiene tres milímetros o tres centímetros es indiferente. El enfermo se morirá de todas formas. Pero para los manipuladores de estadísticas no es lo mismo presumir de que la persona ha vivido más de cinco años que reconocer que se les muere a los dos. Así que es importante concienciar a la gente de la importancia del diagnóstico precoz. Eso les permite a las empresas "mejorar" o "maquillar" los presuntos resultados obtenidos. Especialmente porque se puede incluir a todos los casos dudosos en el porcentaje de cánceres "estadio I" y cuando se comprueba que el cáncer no se desarrolla... incluirlos entre los casos de cáncer curados. Aunque en realidad nunca hubieran tenido cáncer. El diagnóstico precoz sólo es útil cuando se trata de un tumor aislado que se puede extirpar sin que se haya extendido por la zona adyacente.

En definitiva, ¿cree alguien que existe algún fármaco que con tales argucias puede dejar de obtener buenos resultados estadísticos? Vamos, ya le puede usted dar a los enfermos agüita del grifo que si puede controlar los parámetros de la investigación y "manejar" a su

presunto "controlador" va a obtener unos resultados buenísimos. Si cree que esos parámetros se han controlado históricamente de forma eficaz es usted bastante ingenuo. Desde luego, hasta hace muy pocos años no ha sido así. Ni en los productos para combatir el cáncer ni en los demás. Quizás porque nadie -salvo quienes conocían a fondo la trastienda de las multinacionales farmacéuticas- dudaba de la buena fe los laboratorios. Y, sobre todo, nadie pensaba que un investigador de fuste se fuera a jugar su prestigio con un fraude así. Hoy se sabe a ciencia cierta que los laboratorios mienten y que tanto los investigadores como los médicos y muchos medios de comunicación se corrompen fácilmente.

¿ES CÁNCER... O NO?

Estoy seguro de que a muchos de los lectores lo que les cuento les parecerá imposible. A pesar de que les bastaría documentarse mínimamente para cotejar mis afirmaciones. Es más, estoy persuadido de que buena parte piensa que un cáncer debe ser algo fácilmente reconocible, especialmente a simple vista. Si no cuando un tumor es pequeño, sí al menos cuando ya está extendido; cuando, por ejemplo, hay metástasis generalizada. Bueno, pues no es verdad. Basta para demostrarlo llevar una misma muestra a varios patólogos para que la examinen y hagan una biopsia. Se comprobará que, con mucha frecuencia, se dan diagnósticos diferentes, que en unos casos se diagnosticará el tejido como canceroso y en otras el resultado será negativo.

Y es que la creencia de que se puede saber si una célula es cancerosa o no viendo simplemente su comportamiento bajo el microscopio es falsa. El método del extendido celular de Papanicolaou, por ejemplo, tan practicado durante años (con un porta-algodón se toman células superficiales del cuello de la matriz y se mandan al laboratorio para su examen) tiene un porcentaje de error bastante alto. Y como los patólogos, en sus diagnósticos, van "sobre seguro", el número de pacientes que entran a formar parte de la estadística con el diagnóstico de vegetaciones malignas cuando en realidad son benignas es igualmente alto. Además, luego pasan a engrosar la lista de "pacientes curados". Y total, sólo hay que hacerle a la mujer una histerectomía y quitarle el útero. A fin de cuentas -argumentan muchos médicos-, a ciertas edades, ¿para qué lo quiere una mujer si ya no va a tener hijos? Y es mejor prevenir...

Bachmann, muy crítico con lo que sucede, comenta a este respecto en su libro: *"(...) Es evidente que cada día se hacen más histerectomías innecesarias. La mayoría se hacen para mantener ocupados a los cirujanos y formar nuevos. Como la frecuencia del cáncer de matriz está disminuyendo, las grandes clínicas se quedan sin trabajo y como*

'eso no puede ser', los hallazgos ginecológicos insignificantes se elevan a la categoría de casos quirúrgicos. Según una investigación norteamericana, la extirpación de la matriz se hace 3 veces más cuando los cirujanos cobran por cada operación que hacen. El salario fijo los vuelve reposados y conservadores."

Bachmann añade más adelante: *"Puede que el lego se deje impresionar por las grandes diferencias en los años de sobrevivencia de cánceres descubiertos tempranamente y de los diagnosticados tardíamente. El pobre no se da cuenta de que lo tienen sometido a un trío de barata prestidigitación pues le están comparando partidas que no pueden compararse. Junto a **Loeckle** cayeron, además, en la cuenta de este error fundamental **Kothari** y **Wetha**, especialistas del cáncer del Medical College de Bombay. "Comparables" son los años de sobrevivencia de pacientes con los mismos estadios de cáncer pero con diferente tratamiento. La "tasa de curaciones" real sería, exactamente definido, el número de pacientes tratados que aún esté vivo después de 5 años menos el número de pacientes que aún está con vida sin haber recibido tratamiento alguno para su cáncer."* Y todo esto en el caso de que realmente pudieran compararse los casos elegidos entre los dos grupos, algo harto difícil de conseguir por no decir imposible, por lo que en la práctica hay que darse por satisfecho con la comparación de pacientes que en edad, sexo y estadio del tumor se asemejen lo más posible.

CONCLUSIÓN

Los oncólogos con los que he hablado -la mayor parte de los cuales dejaron por ética de trabajar como tales en el sistema sanitario público ya que en él los médicos no pueden decidir libremente el tratamiento que proponer al paciente y tienen que someterse al protocolo oficial establecido (es más fácil corromper o sobornar a unos cuantos médicos, funcionarios y/o políticos que a varios miles) no tienen duda de la "eficacia" real de los tratamientos oncológicos actuales. Por eso los han dejado. Y eso que los datos que nos daban, siendo pesimistas, no llegaban a la altura de los aportados hace algo más de un año por el ya mencionado Mariano Barbacid. Para éste, la cirugía sólo tiene éxito en el 40% de los casos. Y la Quimioterapia en un 10%. De la Radioterapia ni habla. ¿Para qué? Y eso lo dice alguien que está considerado uno de los mayores expertos en cáncer del mundo. ¿Hace falta que nosotros digamos que tiene razón? ¿O más bien que se queda corto porque él admite como buenos los casos de cáncer curados... de personas que en realidad no tenían cáncer?

Lo hemos dicho y nos reiteramos: o la Oncología actual se replantea por completo lo que cree saber sobre el cáncer o seguirá yendo de fracaso en fracaso a la hora de tratarlo. Aunque sigan engañando y

utilizado a tantos periodistas, médicos y políticos desinformados. Un empecinamiento que está costándole la vida a 100.000 personas al año sólo en España.

Seguiremos profundizando en este asunto.

(XI) ¿SIRVE PARA ALGO LA RADIOTERAPIA?

de la "moderna"
medicina nuclear no dudan de que algo tan complejo y carísimo tiene que ser eficaz. En muchos casos incluso se sienten seres privilegiados por poder acceder a ellos. Sin embargo, la verdad es diferente: su eficacia curativa es más que discutible. De hecho, someterse a Radioterapia es peligroso porque incluso puede generar cáncer, acelerar el desarrollo del que se padece o provocar metástasis.

Tener cáncer es vivir colgado del miedo, asomado a un oscuro vacío donde la razón ha huido ante la falta de respuestas. Tener cáncer es estar dispuesto a aferrarse a cualquier cosa para salvar la vida y, en primer lugar, a las verdades oficiales que día tras día nos asaltan con sus presuntos avances científicos intentando hacernos creer que sólo en sus manos está la palabra "cura" y, por tanto, nuestra salvación. Cuanto más miedo tenemos, más queremos creer que la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia son parte de la solución del problema. Pero no suele ser así.

Escribir de salud no es fácil. Y mucho menos hacerlo de cáncer, sobre todo a contracorriente. Aunque se haga desde el rigor intelectual con el que se aborda el tema desde esta revista. Pero aún es más difícil escribir de los tratamientos utilizados a los que miles de personas se aferran por voluntad propia o presión familiar. Así pues, si usted padece cáncer y ha puesto toda su fe en la radioterapia quizás sea mejor que prosiga con la lectura de la revista y se salte este reportaje. Si no lo padece o en medio de la angustia por su enfermedad quiere conocer el aspecto más desconocido, algunos datos y testimonios que no le han contado nunca, siga leyendo.

Para entender el papel de la radioterapia como parte de los tratamientos utilizados en la lucha contra el cáncer será bueno que juntemos cinco realidades aparentemente dispersas pero que nos ayudarán a tener una mejor perspectiva del problema.

La primera es que resulta paradójico que en un país donde suele haber posturas encontradas en cualquier ámbito -los toros, el fútbol, la política o hasta la guerra de Irak-, algo que se acepta como normal, la Medicina se caracterice por el pensamiento prácticamente único. La ortodoxia médica -léase Medicina convencional o alopática- ha

impuesto su criterio de tal forma que quienes ponen en entredicho sus afirmaciones -los heterodoxos- difícilmente consiguen hacerse oír. Y eso, en el ámbito del cáncer, es más patente que en ninguna otra enfermedad. A pesar de que la experiencia indica que todo problema tiene diversas maneras de afrontarse. ¿Por qué no va a poder ser así con el cáncer? ¿Acaso los resultados de las terapias actuales son tan buenos como para convertir el dogma imperante sobre su etiología y tratamiento en algo indiscutible? En absoluto.

De hecho, la segunda realidad es que a pesar de los "grandes avances" en el tratamiento del cáncer con que cada cierto tiempo nos "animan" desde los medios de comunicación, la inmensa mayoría de quienes sufren esa enfermedad se mueren siguiendo los tratamientos convencionales. Ahí están las frías estadísticas. Es más, se espera que los casos de cáncer aumenten un 50% y pasen de los 10 millones de casos registrados en todo el mundo en el 2000 a 15 millones en el 2020 según el reciente *Informe Mundial del Cáncer* realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Y eso que durante los últimos 20 años se ha gastado en investigación del cáncer cerca de 15.000 millones de euros (idos billones y medio de las antiguas pesetas!) ¿No va siendo hora de que los oncólogos empiecen a replantearse si lo que creen saber del cáncer tiene fundamento, si no se habrán equivocado? Porque la tercera realidad es que desde hace más de 50 años la "batalla mundial contra el cáncer" se ha centrado en una "guerra contra los tumores". Y se ha perdido. Puede afirmarse sin paliativos. La revista *New England Journal of Medicine* publicó un estudio especial sobre "*los logros y fracasos de la Medicina en la lucha contra un enemigo de más de 100 rostros*" (uno por cada tipo de cáncer) y las conclusiones -fruto del análisis de la mortalidad en la población estadounidense entre 1970 y 1994- no hablan precisamente del éxito de los tratamientos convencionales: "*Los efectos de los nuevos tratamientos a la hora de reducir el número total de víctimas es un tema muy polémico. La mayor promesa para controlar el cáncer sigue siendo la prevención*", concluyen los autores del trabajo, **John C. Bailar** y **Heather L. Gornik**, del departamento de Estudios de la Salud de la Universidad de Chicago. ¡La prevención! No la radioterapia, ni la quimioterapia. Es decir, lo más eficaz es el cambio de hábitos, una adecuada legislación para prohibir las sustancias potencialmente cancerígenas -todas las que contaminan el organismo- y un diagnóstico precoz.

De la cuarta realidad ya hemos hablado en anteriores números. Como son incapaces de curar el cáncer, los oncólogos han tenido que inventarse el concepto de "*curación clínica*" para intentar convencer a la gente de que lo que hacen sirve para algo. Es decir, como admiten que no saben curar el cáncer consideran un éxito que el enfermo

sobreviva cinco años al diagnóstico. Y así, si sobrevive esos cinco años lo clasifican entre los enfermos "clínicamente curados". Aunque esa persona se muera un año después o al día siguiente. Y todo esto sin olvidar un aspecto del que no se habla: los tremendos efectos secundarios de los tratamientos. Porque buena parte de los pacientes que sobreviven esos cinco años lo hacen además en condiciones lastimosas. Claro que eso no importa. ¡Lo que importan son las estadísticas porque son las que permiten mantener el actual sistema! Y por eso es tan importante el diagnóstico precoz: cuanto antes se detecte el cáncer más posibilidades hay de que el paciente sobreviva cinco años y engorde las estadísticas.

Dicho todo lo cual, la quinta realidad es que el apoyo a los tratamientos convencionales no es ya total entre los médicos ortodoxos. Cada vez se levantan más voces autorizadas para discrepar de la línea de tratamientos seguidos en la actualidad. Es el caso de **Linus Pauling**, médico y ganador en dos ocasiones del Premio Nobel, quien llegó a afirmar: *"Todo el mundo debería saber que la mayoría de las investigaciones sobre el cáncer son en gran parte un fraude y que la mayoría de las organizaciones que investigan la enfermedad están en manos de las mismas personas que las apoyan"*. **John Bailer**, vinculado durante 20 años al Instituto Estadounidense Nacional del Cáncer, asevera por su parte: *"Mi evaluación final es que el Programa Nacional de Cáncer debe juzgarse como un error"*. Otro ganador del premio Nobel, el doctor **James Watson** -codescubridor de la doble hélice del ADN y que perteneció durante dos años al Comité Asesor Nacional sobre Cáncer- fue aún más rotundo. Cuando en 1975 se le consultó cuál era su opinión sobre el Programa Nacional contra el Cáncer, contestó rápidamente: *"Es una mierda"*. (**Peter Barry Chowka**, *The National Cancer Institute and the Fifty Year Cover Up*,. East West Journal, January 1978)

NO HAY DOSIS BUENA

Con la perspectiva que nos ofrece la unión de estas cinco realidades acerquémonos ahora a la radioterapia como tratamiento. Sólo que para entender su alcance hay que conocer dos verdades que, a la luz de los actuales conocimientos, son irrefutables:

- 1)** El cáncer sigue siendo un enigma biológico. No existe acuerdo unánime sobre qué hace que las células crezcan anormalmente, que se multipliquen de manera ininterrumpida. Como tampoco hay explicación sobre el proceso que conocemos como metástasis.
- 2)** La radiación produce siempre -siempre!- efectos negativos secundarios indeseables. Porque además de destruir las células y tejidos cancerosos puede cancerizar las células y tejidos sanos adyacentes. Con su aplicación no se obtienen además efectos

curativos evidentes. Lo que se logra a veces es destruir el tumor, pero, ¿a costa de qué? ¿De provocar su expansión por el cuerpo generando una rápida metástasis?

Los radiólogos parecen olvidarse de la compleja vida celular, del desconocimiento que existe aún sobre el lenguaje bioquímico e integral del organismo y del ámbito bioenergético. Algunos piensan aún que sólo es cuestión ajustar la "dosis", de la cantidad de radiación recibida, pero la verdad es que irradiar un órgano implica siempre comprometer la totalidad del organismo en el que está integrado.

¿UNA ENFERMEDAD "LOCALIZADA"?

Para los médicos alópatas el cáncer es una "enfermedad localizada" que debe ser tratada, pues, de manera también localizada. Por ejemplo, extirpando el tumor, irradiándolo, intentando acabar con él mediante drogas tóxicas (en eso se basa la quimioterapia) o inhibiendo su crecimiento mediante sustancias químicas. En suma, el médico ortodoxo intenta destruir el tumor en el convencimiento de que así curará al paciente. Sin embargo, la mayoría de las veces el tumor no sólo no desaparece sino que se desarrolla y se extiende por otras partes del cuerpo (a eso se llama metástasis). O sí desaparece o disminuye el tumor pero aparecen otros al poco tiempo en otras partes del cuerpo porque las células malignas, libres de la envoltura natural que las rodea, migran y se instalan en otros órganos.

Y es que los métodos convencionales -de los que forma parte la radioterapia- se basan en una filosofía médica primitiva: atacar a la enfermedad agresivamente. Con lo que a menudo el organismo del paciente resulta devastado durante ese proceso aunque puedan producirse períodos de cierta aparente recuperación. Y decimos aparente porque el cáncer y sus causas subyacentes permanecen. Es más, en muchos casos las terapias convencionales lo que hacen es acortar el tiempo de vida, no alargarlo. La literatura médica está llena de ejemplos. El mes pasado ya comentamos que hay varios estudios que demuestran una mayor supervivencia en el grupo de control -que no recibió tratamiento radiológico o quimioterápico alguno contra el cáncer- que entre quienes sí fueron radiados o recibieron quimioterapia. Y partimos de la base de que es difícil hacer comparaciones, especialmente en el caso del cáncer, porque cada paciente es un mundo y no hay dos casos iguales.

En suma, ¿tiene sentido seguir tratando el cáncer como una enfermedad localizada? Todo apunta que no. Más lógico parece buscar tratamientos que refuercen la salud global del paciente y no la de un órgano específico.

QUÉ ES LA RADIOTERAPIA

La terapia con radiación -o radioterapia- consiste en aplicar rayos X de alta intensidad para debilitar la capacidad reproductiva de las células del cáncer. También se utiliza radioactividad emanada de implantes artificiales, como las "semillas" de cobalto-60 o radio, que se insertan directamente en el tumor.

El problema es que -como en el caso de la quimioterapia- esa radiación daña las células sanas al tiempo que destruye las cancerígenas. Y además deprime severamente el sistema inmune y puede causar daños graves en los cromosomas. Eso puede ocurrir hasta cuando nos hacemos una simple radiografía así que imagine el lector el posible efecto a "dosis terapéuticas". Especialmente ahora que está constatado que no existe un "umbral" para los efectos genéticos de la radiación. Es decir, que cualquier dosis de radiación provoca mutaciones y que la cantidad de las mismas suele ser proporcional a la dosis. Dicho de otra forma: no hay ninguna "dosis segura" de radiación. La radioterapia es pues, ante todo, un demostrado método **cancerígeno**. Por eso los últimos "avances" radioterápicos consisten en minimizar el área que se irradia y el tiempo de aplicación. Una vez aplicada la radiación, los efectos aparecen tras un "tiempo de incubación". Se dice que son *agudos* cuando se manifiestan en cuestión de minutos, días o semanas. Pero pueden aparecer también después de muchos años.

Hay que agregar que no todas las células y tejidos son igualmente sensibles o vulnerables a las radiaciones. Además, en términos generales, cuanto mayor es la dosis más rápida es la aparición de efectos indeseables; por eso en la práctica -exceptuando los accidentes o actos negligentes de importancia- se aplican hoy dosis muy pequeñas a fin de que el "tiempo de latencia o incubación" sea largo (hasta de más de 25 años). Pero lo cierto es que ni siquiera esa prudencia impide que aparezcan muchas veces metástasis, se reproduzca el cáncer o se generen nuevas enfermedades como consecuencia del daño general causado al organismo.

Los defensores del tratamiento con radiación intentan minimizar los efectos secundarios potenciando los "beneficios" que a corto plazo se obtienen. Por ejemplo, la remisión durante 5 años (es decir, no hablan de que el paciente se cure sino de que sobrevive cinco años al tratamiento) en el 80% de los casos con enfermedad de Hodgkin... siempre que se detecte precozmente (ya hemos comentado este punto). Y aseguran que resulta asimismo "efectivo" en el tratamiento de los linfomas, en el cáncer de próstata localizado no operable y en los tumores localizados de cabeza, cuello y cervix. También aseguran que es preferible la radioterapia a la cirugía en cánceres como el de laringe o próstata. En el caso del tratamiento de cáncer de mama dicen que la lumpectomía combinada con radioterapia parece

disminuir las posibilidades de recidiva (reaparición del tumor) en la mama afectada aunque eso -incluso entre quienes apuestan por esta fórmula de tratamiento- está en discusión porque pueden aparecer cánceres posteriores diez años después de la exposición.

Eso sí, en ningún momento aseguran los oncólogos la curación.... por lo que a nadie engañan ni mienten. Su única meta es lograr que los pacientes irradiados sobrevivan cinco años para poder engordar las estadísticas de "curaciones clínicas" (sobrevivencia de 5 años). Sin tener además en cuenta si con el tratamiento han provocado otras enfermedades ya que, en el marco organicista de la medicina alopática, esas no cuentan como parte del cáncer tratado.

GOFMAN PONE NERVIOSOS A LOS RADIÓLOGOS

Debo decir que quienes cuestionan la aplicación de la radiación lo hacen incluso utilizando como base los "aparentemente" inocuos rayos X. Hablemos por ejemplo de **John Gofman**, médico, profesor emérito de Biología Celular y Molecular en la Universidad de Berkeley y miembro de la *Medical School* de San Francisco, experto en enfermedades del corazón y en los efectos que las radiaciones de baja intensidad tienen en la salud, y que fue seleccionado en 1974 por el *American College of Cardiology* como uno de los 25 principales investigadores del último cuarto de siglo pasado. Pues bien, este ilustre hombre de ciencia presentó en su último libro -publicado en 1999- serias evidencias de que las radiaciones médicas (rayos X, incluyendo fluoroscopia y escáneres) son "*una de las principales causas de cáncer y arterioesclerosis*". Y ello por una simple razón: la radiación causa mutaciones genéticas. Gofman concluye su libro asegurando que los rayos X son responsables de un gran porcentaje de todos los cánceres producidos en Estados Unidos (y, por ende, en el mundo, cabría añadir). No afirma que sean la única causa pues piensa que un cáncer se produce por un conjunto de factores que se manifiestan simultáneamente en un momento determinado pero sí que la mayoría de los cánceres no se producirían si no hubiera habido previamente alguna exposición a los rayos X. Según él, si de cuatro elementos combinables, por ejemplo radiación, dieta pobre, tabaco y factores genéticos, falta uno... el cáncer no aparece. Y que nadie se alarme. Gofman no es contrario a los rayos X como método de diagnóstico, sólo se opone al uso innecesario de los mismos. Seguramente porque ha demostrado que el uso de los rayos X pueden reducirse en al menos un 50 %.

Ahora bien, ¿de cuántos cánceres innecesarios habla Gofman? Pues según sus cálculos, sólo en 1993 el 50% de los cánceres femeninos y el 74 % de los masculinos son atribuibles a los rayos X. En otras palabras, el 60% de todos los cánceres de Estados Unidos.

Aproximadamente se produjeron 150.000 muertes que se podrían haber evitado.

Teniendo en cuenta que los ataques cardíacos son otra de las principales causas de mortalidad, la otra vertiente de sus estudios resulta aún más sorprendente. Gofman calcula que la proporción de enfermedades coronarias atribuibles a los rayos x es ligeramente más alta que en el caso del cáncer. En 1993, el 63% de esas muertes son -según él- atribuibles a los rayos X entre los hombres y el 78 % entre las mujeres. Otras 161.000 muertes que hubieran sido evitables con un mayor control.

Hay que añadir que ya con anterioridad -en 1971- un equipo de investigación de la Universidad de Búfalo, bajo la dirección del doctor **Robert W. Gibson**, informaba de que una docena de dosis rutinarias de rayos X en la misma parte del cuerpo contribuía a aumentar el riesgo de leucemia en los varones en, al menos, un 60%. No es extraño pues que algunos científicos traten de parar la locura del uso indiscriminado de los rayos X, incluso llamando a terminar con las unidades móviles de radiografía de mama para el descubrimiento de tumores. Aunque lo realmente dramático e importante de todo esto es que esos rayos X de las radiografías son casi inofensivos comparados con las intensas radiaciones emitidas por los actuales aparatos de radioterapia.

EL LADO OSCURO DE LA RADIACIÓN

En suma, el tratamiento del cáncer con radioterapia no sólo tiene un valor limitado y discutible sino que con frecuencia resulta mucho más nocivo que beneficioso. Como ya adelanté, los efectos colaterales conocidos de la terapia con radiación incluyen la inmunodeficiencia severa y prolongada además de daños cromosómicos que podrían producir cáncer más tarde. *"Incluso la aplicación de dosis muy moderadas de radiación en los testículos y ovarios pueden causar la esterilización o inducir a mutaciones genéticas"*, reconoce el oncólogo **Lucien Israel** -consultor del Instituto Nacional contra el Cáncer- en su libro *Conquering Cancer*. La radioterapia puede también impedir de manera permanente el crecimiento de los niños.

Pero hay muchos más "efectos colaterales". La radioterapia puede provocar náuseas, vómitos, pérdida de pelo -temporal o permanente-, ronchas y quemaduras de la piel y las membranas mucosas, debilidad y fatiga, lesiones o úlceras en boca, garganta, intestinos, áreas genitales y otras partes del cuerpo, necrosis de los huesos, dilatación permanente de pequeños capilares y arterias debajo de la piel, amenorrea, úlceras en el recto, fístulas, ampollas ulceradas, diarrea, colitis, hinchazón... Como puede verse, un cuadro alentador en una terapia que se supone curativa. Y los mencionados son sólo los efectos

a corto plazo. A largo plazo, la radioterapia causa daños y trastornos en los órganos y tejidos del cuerpo. Todo ello sin que el oncólogo se comprometa absolutamente a nada.

*"La mayoría de los cánceres -escribía **John Cairns**, profesor en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard, en el número de noviembre de 1985 de *Scientific America*- no se puede curar mediante la radiación porque la dosis de rayos X necesaria para matar a todas las células cancerígenas podría también matar al paciente".*

Hay estudios que demuestran que las personas que se han sometido a radioterapia son más propensas a desarrollar metástasis en otros lugares del cuerpo. Así lo asevera el ya mencionado doctor Lucien Israel, para quien *"la radioactividad usada para matar las células del cáncer también puede activar el proceso de mutación que crea nuevas células de cáncer de otros tipos"*.

Pero hay más. El *National Surgical Adjuvant Breast Project*, a la hora de analizar los efectos de la radioterapia en el cáncer de mama, concluye: *"De los datos disponibles parece deducirse que el uso de irradiación en el post-operatorio no ha proporcionado ventajas discernibles a los pacientes tratados en términos de aumento de la proporción de quienes quedaron libres de la enfermedad durante cinco años"*. De hecho, según varios ensayos clínicos y un estudio publicado en 1974 por **Jan Stjernsward** -*Decreased Survival Related to Irradiation Postoperatively in Early Operable Breast Cancer* en *"The Lancet"*- en algunos casos concretos la radioterapia aplicada después de una operación de cáncer de mama incrementa incluso el índice de mortandad. Y según otro estudio realizado por epidemiólogos del Centro Médico Presbiteriano de Columbia publicado en 1998, el tratamiento con radiación del cáncer de mama aumenta ligeramente el riesgo a largo plazo en la mujer de padecer cáncer de esófago. El estudio se dirigió a examinar los archivos de más de 220.000 pacientes de cáncer de mama diagnosticadas entre 1973 y 1993. El grupo incluyó a pacientes que recibieron radioterapia y a aquellos que no. Diez o más años después del diagnóstico, los pacientes irradiados presentaban aproximadamente cuatro o cinco veces más probabilidades de desarrollar cáncer de esófago que los pacientes no irradiados o que las mujeres de la población general según **Ahsan y Alfred Neugut**, autores de la investigación. Este fue el primer estudio que relacionó el uso de la radioterapia en el cáncer de mama con un aumento del riesgo de sufrir cáncer de esófago.

"Muchas de las complicaciones ocasionadas por la radiación no se hacen evidentes hasta varios años después del tratamiento dando al terapeuta y al paciente un falso sentido de seguridad durante uno o dos años (...) La médula ósea, donde se generan las células de la sangre, resulta considerablemente obliterada en el campo de

irradiación (...) Y se trata de un efecto irreversible", afirmaba por su parte ya en 1980 en el *Seattle Times* el doctor **Robert F. Jones**. Algunos otros efectos están más enmascarados. En un estudio realizado en 1995 en Oxford por **Ridgely Ochs** sobre el cáncer de mama -y que parece confirmar las tesis de Gofman citadas anteriormente- se encontró que muchas mujeres que fueron irradiadas murieron de ataques cardíacos porque sus corazones se habían debilitado por el tratamiento.

La radiación también debilita el sistema inmune, lo que puede llevar a la muerte por causas secundarias como neumonía u otras infecciones interiores. Muchos pacientes cuya muerte realmente se certifica por deficiencia cardíaca, pulmonía o fracaso respiratorio mueren de cáncer o, para ser más exactos, a consecuencia de su tratamiento para el cáncer. Que es, por cierto, otra de las razones por las que las estadísticas del cáncer -basada en los datos de las "causas de muerte" recogidas en los certificados oficiales- no reflejan la verdad de los auténticos resultados de las terapias ortodoxas.

Hay tres radiólogos bien conocidos, **William Powers** -director de la División de Radioterapia en la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington-, **Phillip Rubin** -jefe de la División de Radioterapia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Rochester- y **Vera Peters** médico del *Princesa Margaret Hospital* en Toronto (Canadá)- que no mostraron reparos a la hora de criticar las bondades de la Radioterapia. *"Aunque la radioterapia preoperatoria y postoperatoria ha sido utilizada extensamente y durante décadas no es todavía posible demostrar el beneficio clínico inequívoco de este tratamiento combinado (...) Aun cuando la proporción de cura mejora con una combinación de radiación y terapia es necesario establecer el costo en incremento de mortalidad que puede tener lugar en los pacientes sin respuesta favorable a la terapia adicional",* afirman en la ponencia titulada *Preoperative and Postoperative Radiation Therapy for Cancer* que presentaron en la Sexta Conferencia Nacional contra el Cáncer de Estados Unidos.

LA DESINFORMACIÓN DE MUCHOS MÉDICOS

Bueno, pues a pesar de todo lo dicho -y es una ínfima muestra de lo que podríamos reseñar- muchos médicos creen que la radioterapia es relativamente inofensiva. Eso explica que el 60 % de los tumores reciba radioterapia en algún momento de su evolución. En la mayoría de los casos se emplea en las primeras fases del proceso mientras que en un 10% se utiliza cuando el paciente sufre alguna recaída. Se sigue pues recomendando a los enfermos como un tratamiento "paliativo" escudándose en la "mejora tecnológica" de los aparatos porque con ellos se supone que son más "seguras" las dosis de radiación recibidas.

Sin embargo, no hay niveles "seguros" de radiación. Y esto no es algo sobre lo que se pueda alegar ignorancia porque se lleva proclamando desde la década de los cincuenta. Los primeros estudios realizados en el *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* de Nueva York ya demostraron que la radioterapia podía llegar a ser mortal y que los pacientes que no recibieron radiación vivieron mucho más tiempo que aquellos que fueron irradiados. Este y otros hallazgos similares fueron ya denunciados por **Ben Fitzgerald** en un congreso en 1953. En aquella comunicación -el desde entonces famoso *Informe Fitzgerald*- acusaba al establishment médico de conspirar activamente para eliminar terapias alternativas prometedoras contra el cáncer. Sin embargo, sus estudios fueron ignorados y la industria de la radioterapia siguió su camino.

También el doctor **Irwin Bross** -ex director de Bioestadística del *Roswell Park Memorial Institute*- denunciaría en 1979 que *"durante 30 años los radiólogos han estado involucrados en una mala praxis masiva"*. Sin embargo, su intento de conseguir fondos para investigar el encubrimiento de lo que denominaría *"cáncer médico provocado por la radioterapia"* no fructificó. Y es que con la nueva Iglesia de nuestro tiempo -la sacrosanta Industria Farmacéutica- había topado. Demasiados intereses en juego, como comentamos en otro artículo en esta misma revista.

LAS COSAS CAMBIARÁN INEVITABLEMENTE

Debo finalizar diciendo que, sin embargo, está aumentando de forma lenta, paulatina y en silencio el número de "desertores" del bando oficial del cáncer. Quizás acaben pensando como **Ernst Krokowsky**, radiólogo de renombre internacional por sus investigaciones en el ámbito de la formación de metástasis: *"Es muy probable que a la medicina de Facultad le haya llegado la hora de darse cuenta de que con su enfoque local y su correspondiente afán por eliminar tumores pasó de largo ante la verdadera realidad pues el cáncer es un enfermedad de todo el organismo"*. Y añade: *"¿Es que no se atreve nadie a decir que con nuestros actuales concepciones, teorías y métodos de tratamiento hemos llegado a un límite que, por pura decencia, nos obliga a examinar otras ideas, pensamientos y resultados en vez de condenarlos a vivir siempre fuera de la cátedra"*. Algo similar piensa en España el doctor **Fernando Castelló de Mora**, quien tras dedicarse durante muchos años a la práctica de la radioterapia decidió dejarla en 1985 *"en búsqueda de tratamientos más eficaces y menos dañinos"*. Y los encontró, como suele ocurrirles a aquellas mentes inquietas que no se conforman con lo "evidente". En la actualidad trata el cáncer con la hipertermia producida por los aparatos de *Indiba* lo que le permite obtener -asegura- mejores

resultados en el tratamiento de sus pacientes. Combinando el tratamiento con una buena alimentación y, en ocasiones, con homeopatía. *"La radioterapia es un tratamiento a superar"*, nos reconocería. Muchos otros oncólogos piensan lo mismo. Nos consta. Pero no se atreven a manifestarlo públicamente.

"Fui una vez -dijo en una ocasión Mahatma Gandhi- gran amante de la profesión médica. Ya no sostengo esa opinión. Los médicos nos han desquiciado. Considero el actual sistema como magia negra- Los hombres cuidan menos sus cuerpos y ha aumentado la inmoralidad, ignorando el alma. La profesión médica pone a los hombres a su merced y contribuye a disminuir la dignidad humana y el control de sí mismos. Yo me he esforzado por demostrar que no hay en la Medicina servicio real alguno para la humanidad y que es una injuria para la misma.

(XII) CÁNCER: EL ROTUNDO FRACASO DE LA QUIMIOTERAPIA

rLa Quimioterapia consiste básicamente en el tratamiento del cáncer mediante sustancias químicas. Y éstas son, básicamente, de dos tipos: citostáticas -intentan impedir que las células cancerosas se multipliquen- y citotóxicas -destruyen las células cancerígenas-. El problema es que, al margen de su grado de efectividad, no son "selectivas" y, por tanto, también afectan a las células sanas. De ahí sus brutales efectos secundarios. Aunque lo más grave es que a pesar de tales efectos yatrogénicos y sus prácticamente nulos resultados se trata a la inmensa mayoría de los pacientes con ellas.

La Quimioterapia es uno de los tratamientos más indefendibles de la medicina moderna. Y sólo el hecho de que se presente por los médicos como la única alternativa a una muerte segura permite entender que los pacientes acepten someterse al deterioro físico y psíquico que provoca, más cercano casi a la tortura que a la medicina.

Hablamos de un método que nació en 1942 cuando **Alfred Gilman** y **Fred Phillips**, investigadores de la conocida Universidad de Yale, decidieron estudiar las posibilidades terapéuticas del tristemente célebre gas mostaza o Iperita, un producto venenoso que se utilizó como arma química por primera vez durante la I Guerra Mundial. Estos investigadores sabían que tras un ataque efectuado en 1917 con el gas mostaza por las tropas alemanas un médico aliado había comprobado que muchos soldados que resultaron afectados aun estando lejos del lugar donde había caído la bomba de gas morían varios días después con cuadros infecciosos o debido a hemorragias internas, constatándose que padecían una marcada disminución de sus glóbulos blancos y plaquetas así como hipoplasia (reducción del volumen de un

órgano por disminución de su número de células) medular y linfática. Resultado todo ello de su condición de agente alquilante, es decir, capaz de alterar la estructura y función de las moléculas de ADN de una célula de tal manera que impide que ésta pueda multiplicarse. ¿Por qué no usar pues -se preguntaron- esa propiedad para intentar impedir la multiplicación descontrolada de las células cancerosas? Dicho y hecho; poco después comenzarían los ensayos con roedores. Y a continuación, tras los aparentes éxitos iniciales, en humanos. En 1946 se anunciaría que se había logrado reducir de tamaño los tumores de dos pacientes, uno con un linfosarcoma y otro con un Linfoma de Hodgkin. Otros investigadores -**Alper, Dameshek y Peterson**- obtenían poco después resultados similares. Sin embargo, en los años 50 las investigaciones realizadas por el *National Cancer Institut* de Estados Unidos mostraban que los agentes alquilantes, asociados ya con esteroides y otros fármacos, no servían para lograr una mayor supervivencia de los enfermos. Una esperanza nunca lograda que desde entonces se sigue intentando. A día de hoy, sin éxito.

La Quimioterapia nació pues como un método que consiste básicamente en dar un veneno con el que destruir las células cancerosas o intentar impedir su multiplicación. Sólo que el veneno actúa igualmente sobre las células sanas. Basta leer los efectos secundarios reconocidos en los prospectos de cualquiera de los productos anticancerígenos que actualmente se comercializan para constatar que si se utilizaran en una persona sana -para qué hablar de una enferma- lo más probable es que ésta acabara muriendo. No existe lógica alguna por tanto para la práctica de la Quimioterapia. No hay en ello sentido común. Y sólo el miedo a la presunta falta de alternativas explica que se haya impuesto como terapia en el mundo. A pesar de lo cual el principal argumento utilizado por quienes dicen hablar "desde la ciencia" y se niegan a aceptar tanto otras formas de entender qué es el cáncer como la eficacia de tratamientos alternativos a los habituales es siempre el mismo: "*La Quimioterapia* -afirman sin fundamento alguno- *es, del mal, el menor*".

Kevin Murphy, un oncólogo que trabaja en Vancouver, resume muy bien la postura convencional en *Adjuvant Chemotherap*, un manual concebido para que sus pacientes entiendan en qué consiste el tratamiento: "*La Quimioterapia es un tratamiento difícil de entender. Tal y como un paciente me dijo: '¿Me está usted sugiriendo que me someta a un tratamiento que me va a enfermar temporalmente para tratar un cáncer que no puede usted encontrar y encima ni siquiera sabe si hacerlo me servirá de algo?'*".

Es similar a un seguro de vida. Cuando usted paga sus primas a la

compañía de seguros está reconociendo un riesgo potencial para su vida que puede o no puede acaecer (un accidente, una enfermedad, un terremoto, un robo...). Bueno, pues el tratamiento con quimioterapia se basa en la presunción de que su aplicación puede hacer disminuir el tamaño de los tumores y "reducir" el riesgo de que vuelvan a aparecer después. Las estadísticas -controladas generalmente por quienes tienen interés en demostrar que los fármacos que prueban funcionan- indican que así sucede en un porcentaje significativo cuando se trata de cánceres de mama, colon, testículos, leucemias, linfomas y la llamada enfermedad de Hodgkin... pero las mismas son sólo una de las maneras posibles de presentar las cifras. Eso sí, sirven para que la mayoría de los enfermos crean que los posibles beneficios compensan los riesgos y acepten ser sometidos a Quimioterapia.

LA MODA DE LOS CÓCTELES

Ante la evidencia de que los fármacos anticancerígenos utilizados en Quimioterapia no sólo no curan el cáncer sino que ni siquiera prolongan la vida de los enfermos se ha instaurado la moda de aplicar "un protocolo de quimioterapia combinada". Es decir, la utilización de "cócteles" -como en el caso de los enfermos de SIDA- con varios productos que se toman al mismo tiempo. Según la versión oficial, cuando esos cócteles se toman tras una intervención quirúrgica para extirpar el tumor y además se ha sometido al paciente a Radioterapia se logran "índices de curación significativos". Claro que lo que eso significa realmente es que la "supervivencia" en los cinco años siguientes es algo mayor estadísticamente, no que el cáncer se cure porque el paciente desgraciadamente termina muriendo en la mayor parte de los casos. Y es que ya hemos explicado en artículos anteriores que cuando los oncólogos hablan de "curación" no se refieren a que uno queda libre del cáncer sino que hablan de "curación clínica", término que se aplica a todo enfermo que sigue vivo cinco años después de serle diagnosticado un cáncer. Aunque al día siguiente se muera. Un sarcasmo.

Es también evidente que aun cuando cada persona es un mundo, la respuesta a la Quimioterapia varía en función de las dosis, el tipo de fármaco que se da, la duración del tratamiento y el grado de evolución en que está la enfermedad. En realidad sólo existe una certeza sobre el asunto: todos los fármacos químicos que se utilizan para tratar el cáncer son tóxicos y, además, claramente inmunodepresores, es decir, bajan las defensas naturales del enfermo. Y -por si fuera poco- la mayoría son también cancerígenos. Y no ya como efecto colateral sino como efecto primario puesto que no distinguen entre las células cancerosas y las células sanas. Destruyen ambas. Es más, la mayoría

atacan la médula ósea destruyendo a la vez los glóbulos blancos cuya función es combatir las infecciones, los glóbulos rojos que llevan el vital oxígeno a los órganos del cuerpo y las plaquetas que permiten la coagulación de la sangre. Consecuentemente, todo enfermo sometido a Quimioterapia termina con su sistema inmunitario destruido o comprometido quedando expuesto a otras enfermedades por lo que no es extraño que puedan fallecer de una simple pulmonía o de una infección común. En resumen, la Quimioterapia es uno de los tratamientos más devastadores -física, psíquica y emocionalmente- a los que puede someterse una persona enferma. Y el daño interno producido se comprueba rápidamente. La mayoría de los fármacos oncológicos provocan, entre otros efectos indeseables, calvicie (el cabello puede tardar años en regresar a la normalidad), náuseas extremas, vómitos, encías sangrantes, debilidad extrema, llagas alrededor de la boca, aftas y sangrado y ulceración del tracto gastrointestinal. Muchos pacientes aseguran que los "efectos colaterales" -entre ellos, la fatiga- son incluso peores que la propia enfermedad. Una dramática realidad que no es negada por la medicina convencional. ¿Cómo iban a negar las evidencias? *"Es inevitable -argumentan sus defensores-, el precio a pagar, el riesgo a correr para tratar de vencer al cáncer"*.

Y, sin embargo, si se sabe que los productos que se usan son tóxicos, auténticos venenos para el organismo, ¿cómo se sustenta la idea de que la quimioterapia es beneficiosa en el tratamiento del cáncer? Pues se sustenta en la creencia de los oncólogos -no demasiado avalada por los resultados finales- de que el cáncer es un mal localizado -por eso hablan de muchos tipos de cáncer distintos- que se combate de forma específica y localizada. Con lo que en la práctica han reducido en general la lucha contra el cáncer a la lucha contra los tumores. Es decir, como confunden el tumor con el cáncer utilizan medicamentos tóxicos para intentar reducir su tamaño creyendo que eso implica vencer al cáncer. Según la teoría oficial, reducir el tamaño de un tumor proporciona al paciente una mayor expectativa de vida. Una teoría, cabe añadir, que la experiencia ha demostrado falsa hasta la saciedad. Porque es verdad que en algunos casos tal cosa puede suceder pero lo cierto es que en el caso de cánceres avanzados, al final casi todos mueren. Antes de los cinco años en la mayoría de las ocasiones. Con una calidad de vida, además, mucho peor. Bueno, pues con esa simple expectativa de aumento de vida durante unos meses o unos pocos años... justifican la Quimioterapia y el auténtico drama por el que se hace pasar al enfermo. Una extraña pirueta dialéctica que adornan con lenguaje "científico" y con la que intentan convencernos -y autoconvencerse- dando por válida una secuencia causa-efecto absolutamente cuestionable. Porque,

-ES CIERTO que hay fármacos que reducen cierto tipo de tumores. Pero conviene saber que para pasar el test de "efectividad" la FDA norteamericana no exige evidencia de que los remedios salven vidas o curen algo sino sólo de que son *"efectivos para el uso para el cual están pensados"*. *"El fármaco -se dice- tendrá el efecto que se supone que tiene bajo las condiciones de uso prescriptas, recomendadas y sugeridas en la etiqueta"*. Es decir, para que un producto contra el cáncer se considere "efectivo" basta que reduzca el tamaño del tumor si para ello se prescribe. Aunque no sirva para curar al enfermo, como ocurre en la mayoría de los casos.

-Por tanto, **NO ES CIERTO** que la reducción de un tumor implique la curación, la recuperación de la salud. **Alan C. Nixon**, ex presidente de la *American Chemical Society*, escribió al respecto: *"Como químico entrenado para interpretar datos me parece incomprensible que los médicos ignoren la clara evidencia de que la Quimioterapia hace mucho, pero mucho más daño que bien"*.

LA QUIMIOTERAPIA, CURAR NO CURA NADA

El Dr. **Ulrich Abel**, experto en Bioestadística Oncológica en Heidelberg, publicó en 1990 una de las obras más críticas con la teoría oficial: *Quimioterapia para cánceres epiteliales avanzados*. Al decir "epitelial", el doctor Abel se refiere en su obra a las formas más frecuentes de adenocarcinoma -pulmón, mama, próstata, colon, etc-, "tipos" de cáncer que provocan el 80% de las muertes por esta enfermedad en los países industriales avanzados. Pues bien, al hacer una revisión de su obra cinco años después -que, curiosamente, nunca fue traducida al inglés- pudo constatar que las conclusiones seguían siendo válidas. Es más, todavía hoy, consultado por esta revista, considera sus resultados vigentes aun cuando reconoce no haber continuado con sus seguimientos estadísticos en este campo. Bueno, pues la obra del Dr. Abel, sin que afirme la falta de eficacia de la Quimioterapia en todos los casos, avala con sus estudios estadísticos las dudas de muchos médicos sobre la eficacia de la Quimioterapia, especialmente en las fases avanzadas. Porque, en sus propias palabras, *"un análisis sobrio y sin prejuicios de la literatura (científica) raramente ha revelado que los regímenes (de medicamentos) en cuestión tengan algún beneficio terapéutico en el tratamiento de cánceres epiteliales avanzados"*. Después de diez años trabajando en el área de Estadística en Oncología Clínica, la inquietud del Dr. Abel acabó transformándose en certeza: *"No hay evidencia, para la gran mayoría de los casos de cáncer, de que el tratamiento con estos fármacos produzca resultados positivos en los pacientes con enfermedad avanzada, ya sea en expectativas de vida o en calidad de vida"*. Y agrega: *"La casi dogmática creencia en la eficacia de la*

Quimioterapia se basa con frecuencia en conclusiones falsas extraídas de datos inapropiados".

En resumen, el minucioso trabajo del Dr. Abel hasta 1995 -como quién dice, anteayer- pone en evidencia que la Oncología ha sido incapaz de proporcionar bases científicas sólidas para justificar el uso de la terapia citotóxica tal como se ha venido haciendo. A pesar de lo cual la tesis de que la Quimioterapia es eficaz está considerado un dogma de la medicina moderna desde hace décadas. Los resultados, empero, no justifican esa apuesta unilateral mientras otras líneas de investigación han sido abandonadas, descartadas o relegadas al esfuerzo individual. La realidad es que la tasa de mortalidad en los cánceres más comunes -cáncer de colon, mama, próstata, páncreas, y ovarios- ha evolucionado muy poco en los últimos cincuenta años. Contra los tumores malignos de pulmón tampoco se ha avanzado mucho. En algunos casos, la diferencia entre aplicar Quimioterapia y no hacerlo apenas es significativa. Un estudio inglés efectuado en 1992 concluyó que en el caso del cáncer de mama de diagnóstico temprano se había hallado una modesta ventaja en cuanto a extensión de vida. Se evaluaron 31 estudios en los que participaron 11.000 mujeres y se encontró una leve ventaja de extensión de vida después de diez años en pacientes que habían recibido "poliquimioterapia" (más de un fármaco oncológico durante más de un mes). La probabilidad de que las mujeres estuvieran vivas diez años después, sin embargo, eran tan sólo del 51,3% con los medicamentos frente a un 45% sin los medicamentos. Es decir, sólo un 6,3% de diferencia en la esperanza de vida.

Bueno, pues a pesar de tan escasa -y discutible- diferencia las autoridades médicas recomiendan quimioterapia a todas las pacientes con cáncer de mama, tengan o no signos visibles de cáncer después de la cirugía. La teoría oficial mantiene que, haciendo una proyección estadística con miles de mujeres, se deduce que muchas se pueden salvar. La verdad, sin embargo, es que las estadísticas lo que demuestran es que el 93,7% no sólo no se beneficiará de la Quimioterapia sino que sus organismos serán devastados por los efectos secundarios de los fármacos oncológicos. ¿Y mejorará con ello al menos su calidad de vida? Indudablemente, no: empeorará. Porque ya hemos dicho que prácticamente todos los agentes quimioterapéuticos son tóxicos e inmunosupresores.

EL DRAMA HUMANO DE LA QUIMIOTERAPIA

En suma, la Quimioterapia no sólo no garantiza en la mayor parte de los casos una mayor supervivencia sino que encima provoca una calidad de vida mucho peor. Uno de los principales efectos que modifican determinantemente la vida de los pacientes es la anemia,

asociada a fatiga y cansancio. Y es que entre las células sanas que destruye la Quimioterapia se encuentran los glóbulos rojos, encargados de transportar el oxígeno a través de todo el cuerpo para mantener la energía. Su pérdida puede además sobrecargar el corazón haciendo que se esfuerce por aportar oxígeno donde se necesita, impedir pensar con claridad, convertir la lectura y la escritura en una tarea hercúlea, suprimir el estímulo sexual y convertir cualquier actividad cotidiana en un esfuerzo agotador.

Después están las infecciones. El paciente tendrá que luchar contra todo tipo de infecciones oportunistas porque los fármacos destruyen los leucocitos preparados para la defensa del organismo. De hecho, si se contrae cualquier infección durante el tratamiento con Quimioterapia lo normal es que el enfermo sea hospitalizado, algo que indudablemente lo debilita aún más psicológicamente porque tiene que alterar su vida y dejar sus actividades cotidianas -incluido el trabajo-, le impide cuidar de los hijos, debe permanecer alejado de la familia y los amigos.... Sin olvidar que por estar hospitalizado estará más expuesto a contraer otras infecciones. A fin de cuentas, hoy día los hospitales son auténticos focos de infección.

Además de los citados efectos a corto plazo -entre otros- la Quimioterapia puede provocar a largo plazo algunos más graves. Por ejemplo, lesiones de corazón que pueden manifestarse semanas, meses o años después del tratamiento. Un trabajo publicado el año pasado apuntalaba esta hipótesis, mantenida desde hace tiempo por algunos investigadores. *Nature Medicine* descubría que el mismo mecanismo que sirve para luchar contra los tumores en una de las sustancias (*Herceptin*) utilizadas en el cáncer de mama es responsable a su vez de causar daños en el corazón al hacer más vulnerables las células cardíacas a la toxicidad de los quimioterapéuticos que se administran a continuación.

La Quimioterapia puede también provocar pérdida de la fertilidad y, sobre todo, un mayor riesgo de reaparición del cáncer. Está demostrado que la mayoría de las productos quimioterapéuticos pueden llegar a producir cánceres secundarios, especialmente en el tracto gastrointestinal, los ovarios y los pulmones. Éstos se encuentran entre los cánceres más difíciles de tratar y pueden aparecer cinco, diez o quince años después de un primer tratamiento "exitoso" con Quimioterapia. El *New England Journal of Medicine* publicaba el 21 de septiembre de 1989 lo siguiente: "*Se sabe que los cánceres secundarios son complicaciones causadas por la quimioterapia y la irradiación empleada para tratar linfomas y linfomas de Hodgkin además de otros cánceres primarios*". Y un año después -el 5 de enero de 1990- *Associated Press* difundía la siguiente noticia: "*Las fármacos que se usaban hace tiempo para tratar el cáncer ovárico pueden haber*

resultado tan nocivas como beneficiosas al incrementar enormemente el riesgo de padecer leucemia... Entre las mujeres tratadas desde 1960 hasta 1985 el riesgo de leucemia era 12 veces superior en aquellas pacientes que recibieron Quimioterapia que en aquéllas que sólo fueron sometidas a cirugía".

Cabe añadir que según el Dr. **John Cairns**, microbiólogo de Harvard, "entre el 5 y el 10% de los pacientes que sobreviven a la Quimioterapia mueren luego de leucemia en los diez años posteriores al tratamiento". Y que cuando -como muchos oncólogos proponen- "la Quimioterapia y la radiación se aplican conjuntamente los tumores secundarios se dan en una proporción aproximadamente 25 veces mayor de lo esperable". Esta determinación tan contundente fue realizada por el Dr. **John Laszlo** siendo vicepresidente superior de investigación de la *Sociedad Americana contra el Cáncer*.

"Las nuevas combinaciones quimioterapéuticas no están aportando ni más supervivencia ni más calidad de vida que otros protocolos más antiguos en los cánceres más significativos pero están elevando la factura de forma considerable", denunciaba hace poco. el *Journal of National Cancer* en un trabajo en el que se comparaba la eficacia y el coste de la combinación cisplatino-vinorelbina con la de paclitaxel -el conocido *Taxol*- y carboplatino. Este último protocolo, comparado con el primero, eleva el gasto total del tratamiento en 9.000 euros, una diferencia sustancial sin que por ello mejoren los resultados finales. Lo de siempre: no hay mejores resultados pero sí más gastos en medicamentos y más ingresos para la industria. Con la complicidad de los ministerios de Sanidad.

LA MEDICINA, COMO LA JUSTICIA: CIEGA

Como oficialmente se ha decidido no trabajar en nuevas líneas de investigación los médicos siguen basando en la Quimioterapia buena parte de los tratamientos contra el cáncer. Para algunos es lo "lógico" a la vista de que sus conocimientos sólo apuntan en la dirección de los fármacos agresivos; para otros es un callejón sin salida. El ya citado Dr. Abel realizó una encuesta entre cientos de oncólogos y su conclusión fue ésta: *"Las opiniones personales de muchos oncólogos parecen contrastar de manera llamativa con lo que se comunica al público"*. Ya en un artículo titulado *Chemotherapy: Snake-Oil Remedy?* aparecido en *Los Angeles Times* el 1 de septiembre de 1987, el Dr. **Martin F. Shapiro** denunciaba públicamente que *"mientras algunos oncólogos informan a sus pacientes de la falta de evidencias reales de los tratamientos... otros se dejan llevar por los estudios científicos que manifiestan un optimismo injustificado sobre la Quimioterapia. Y algunos más responden sencillamente a los incentivos económicos; los médicos pueden ganar mucho más dinero practicando la Quimioterapia*

*de lo que pueden ganar proporcionando solaz y alivio a los pacientes agonizantes y sus familias ". El Dr. Shapiro no es, en todo caso, el primero -ni el único- en hacer esta denuncia. El doctor **Alan Levin**, profesor de Inmunología en la Facultad de Medicina de San Francisco, afirmó ya en 1985 durante una conferencia sobre los abusos en la medicina lo siguiente: "Los médicos generalistas son intimidados para seguir protocolos que se sabe que no funcionan. Uno de los ejemplos más evidentes es la Quimioterapia, que no funciona en la mayoría de cánceres". Y agregó: "A pesar de que la mayoría de los médicos está de acuerdo con que la Quimioterapia resulta en gran medida ineficaz se ven coaccionados a usarla por grupos de interés especiales que tienen intereses creados en las ganancias que produce la industria".*

En 1986 un grupo de investigadores del *McGill Cancer Center* hizo una encuesta entre 118 médicos que trataban el cáncer de pulmón con quimioterapia pidiéndoles que imaginaran que enfermaban de cáncer y comunicaran con qué tratamientos habituales de Quimioterapia aceptarían ser tratados. Pues bien, 64 de 79 aseguraron que no consentirían en modo alguno estar en ningún tratamiento que incluyera cisplatino, un producto común en Quimioterapia. Es más, cincuenta y ocho! dijeron que los ensayos sobre esos fármacos no eran asumibles porque no demostraban su eficacia y en cambio su toxicidad era inaceptable. ¿Le cabe alguna duda aún, amigo lector, de que médicos y medicina permanecen ciegos ante la realidad?

Ahora bien, ¿significa esto que las personas relacionadas con las investigaciones sobre cáncer y la industria farmacéutica forman parte de algún tipo de conspiración para detener la cura del cáncer? **Edward Griffin**, en su obra *The Politics of Cancer*, no lo cree: "(...) Afrontémoslo: esas personas mueren de cáncer como todo el mundo (...) Es obvio pues que no ocultan conscientemente un posible control de la enfermedad. Lo que significa es que el monopolio médico del cartel (farmacéutico-químico) ha creado tal clima de influencias en nuestro sistema educativo que la verdad científica se sacrifica a menudo a los intereses creados".

En esta misma línea parece apuntar la información publicada el 26 de enero de este año en *The New York Times* titulada *Las ventas de medicamentos (utilizados en quimioterapia) producen altas ganancias a los oncólogos*". Según el diario, "en un momento en el que el conjunto del gasto en medicamentos de prescripción está por las nubes, los especialistas en cáncer (en los EEUU) se están embolsando centenares de millones de dólares cada año vendiendo fármacos a los enfermos, una práctica que casi ningún médico sigue". Se trata, ante todo, de un negocio. Para la industria... y para los oncólogos. Según datos del *Medical Group Management Association*, entre 1997 y 2001 la venta de fármacos llevó a los oncólogos a aumentar sus

ingresos en un 40% (ganan de media casi 300.000 dólares al año, incluidas las ganancias extras por venta de medicamentos antitumorales), lo que les ha puesto al frente de la lista de quienes más ganan entre los especialistas médicos. Un grave conflicto de intereses que fue denunciado hace ya un año por el doctor **Nicholas González**, director en Estados Unidos de un programa federal de tratamiento del cáncer de páncreas con terapia nutricional. González denunció públicamente que los oncólogos muy raramente recomendaban a sus pacientes que se trataran con esta terapia y afirmó que, a su juicio, buena parte del problema era "financiero": *"Los oncólogos pueden ingresar hasta 20.000 dólares con un tratamiento de Quimioterapia para el cáncer pancreático... aunque no funciona. Pero es el tratamiento normal y está cubierto por el seguro. Además, si recomendaran a un paciente entrar a formar parte de nuestro estudio de tratamiento del cáncer con Nutrición el enfermo dejaría de ser tratado con fármacos y ellos perderían esos ingresos. Ese es el problema. Algunos llevan además sus propios estudios con Quimioterapia y no están dispuestos a dejarnos los pacientes a nosotros"*.

Hay que añadir que esta denuncia tiene su fundamento no sólo en el hecho de que los propios médicos venden los medicamentos -lo que de por sí propicia la sospecha- sino en algunos datos publicados con anterioridad. La alarma sobre ese posible conflicto de intereses la hizo sonar el 12 de mayo del 2001 un estudio del Dr. **Ezekiel J. Emanuel**, bioético y oncólogo que trabaja en los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, quien levantó una considerable polémica durante una reunión de la *Sociedad Americana de Oncología Clínica* en San Francisco. Resulta que tras estudiar los casos de casi 8.000 pacientes de Massachussets había constatado que en sus últimos meses de vida a todos los enfermos de cáncer se les daba Quimioterapia aunque se supiera que no respondían ya al tratamiento. *"Podría entenderse -denunció- que se de Quimioterapia para reducir el tumor y aliviar los dolores a los pacientes que responden al tratamiento pero hacerlo con quienes no responden es duro de justificar"*. Los oncólogos se defenderían afirmando que en muchas ocasiones son los propios pacientes o sus familiares los que lo piden aferrándose al tratamiento como última esperanza.

Afortunadamente, en España los médicos no venden directamente los medicamentos. Desafortunadamente, las terapias complementarias siguen dejándose oficialmente de lado.

CUESTIÓN DE OBJETIVOS

Terminamos diciendo que los enfermos de cáncer deberían entender que cada caso es individual y que son muchos los factores que

intervienen en una posible remisión, comenzando probablemente por la fe del paciente en el propio tratamiento. Y no es nuestra intención arrebatarse la esperanza a nadie pero el propio **Mariano Barbacid** ha reconocido públicamente que el éxito de la Quimioterapia se cifra sólo en el 10% de los casos. Y está por demostrar si esa cifra no está engordada con falsos positivos -personas tratadas de cáncer sin tenerlo, algo más habitual de lo que pudiera parecer- y si se ha descontado el 5% de error estadístico que se considera "normal". Ciertamente, hay casos en los que los tumores han remitido con un tratamiento quimioterapéutico. Están constatados. Que fueran o no realmente malignos es otro cantar. Y que esa remisión supusiera su curación, es decir, que el cáncer desapareciera, está también por demostrar. A los enfermos de cáncer no se les sigue habitualmente la pista cinco o diez años después de finalizar el tratamiento. Se ignora, por tanto, cuántos casos de cáncer reales tratados con Quimioterapia se han "curado" o han sobrevivido más de 10 años. Esas estadísticas prácticamente no existen. No interesan.

Como no interesa dar a conocer que existen otras formas de entender qué es el cáncer y cómo afrontarlo. De ello les hablaremos en próximos números. *ueba de civilización sino más bien un síntoma de decadencia".*

(XIII) CÓMO TRATAR EL CÁNCER CON MEDICINA ORTOMOLECULAR

Está constatado que gran parte de los casos de cáncer son consecuencia de un incorrecto comportamiento vital o de las características del ambiente en el que se vive. Y, por tanto, que es posible prevenirlos. La evidencia de que es así es amplia pero lo corroboran sobre todo cuatro hechos estadísticos: las diferencias en la incidencia de determinados tipos de cáncer entre personas de una misma comunidad radicadas en distintos lugares, las diferencias entre los que emigraron de una comunidad y los que no emigraron, la variación en el tiempo dentro de una comunidad dada y la

identificación real de gran número de causas específicas y controlables (de las que vamos a hablar a continuación).

Como ya se ha explicado en artículos anteriores de la revista, un cáncer se caracteriza por la proliferación descontrolada de una célula o grupo de células -parece que a causa de una mutación genética por causas que pueden ser variadas- y la adquisición por éstas de "capacidad invasiva" lo que permite su diseminación -metástasis- por todo el organismo. De ahí que el equilibrio entre la división y la muerte celular sea indispensable para que no aparezca el cáncer, algo de lo que al parecer se encargan los denominados "genes supresores de tumor" codificando unas proteínas que impiden la proliferación descontrolada. Una de ellas es la conocida proteína "P53" que cuando no logra frenar el crecimiento anormal provoca además la apoptosis o "suicidio" de la célula. Y existen también otros genes llamados "reparadores de ADN" que codifican otras proteínas cuya función es corregir los errores que surgen cuando las células duplican su ADN antes de la división.

Ya en el número 35 de la revista se mencionaron todas las causas que pueden dar lugar a un cáncer e invitamos al lector a repasarlas (www.dsalud.com). En todo caso, es oportuno recordar algunas de ellas para entender por qué la Medicina Ortomolecular es útil en el tratamiento del cáncer. Especialmente porque para prevenirlo es preciso conocer las sustancias y/o los hábitos relacionados con su aparición. Obviamente, no mencionamos todos. Piense el lector que la décima edición de la lista oficial de carcinógenos humanos conocidos se ha hecho pública recientemente y en el nuevo listado aparecen ya 228 sustancias. Veamos sólo, pues, los principales agentes carcinógenos.

-Las radiaciones ionizantes.

Penetran en los tejidos y pueden dañar el ADN. Todas ellas (*se explicó en el artículo sobre los peligros de la telefonía móvil en el nº 38 de la revista*).

-Los medicamentos.

Algunas de las medicinas que se han estado comercializando durante años provocaban cáncer ya que -hoy lo sabemos- interferían en el ADN. La mayor parte fueron retiradas por ello del mercado pero otras se siguen utilizando como es el caso de los estrógenos y los anticonceptivos esteroideos. Los primeros han sido recetados en muchos países de forma sistemática para tratar los síntomas posmenopáusicos y prevenir la osteoporosis provocando un notable aumento de cánceres endometriales. En algún momento, llegándose a duplicar la incidencia normal.

-Los rayos del sol.

El cáncer de piel causado por la exposición a los rayos del sol es el

más frecuente. Los melanomas son los cánceres potencialmente más letales.

-El tabaco.

El hábito de fumar mata a más de 1.000.000 de personas cada año por cáncer de pulmón y otras neoplasias. Las mutaciones del gen P53 son frecuentes en los cánceres relacionados con el tabaco. Está probado que determinadas sustancias presentes en los cigarrillos están directamente relacionadas con el cáncer como son los hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP) y las nitrosaminas derivadas de la nicotina. Piénsese que sólo en el humo del tabaco se encuentran más de 4.000 agentes químicos, muchos de los cuales son carcinogénicos.

-Algunos virus.

El VPH o virus humano del papiloma es uno de ellos y está íntimamente relacionado con el cáncer de cuello de útero. Se transmite por contacto sexual.

-Las nitrosaminas.

Esta sustancia la podemos encontrar en el tocino frito, las carnes curadas, algunas hortalizas frescas, la cerveza, la leche seca sin materia grasa, los productos del tabaco, algunos productos de goma, los pesticidas, ciertos cosméticos y productos de la industria del metal.

Las nitrosaminas se forman a partir de los nitratos añadidos a algunos alimentos que, bien por las bacterias que hay en las carnes que los contienen o por las propias de nuestro organismo, se oxidan convirtiéndose en nitritos así como de las aminas biógenas generadas a partir de la degradación de las proteínas. Además, hay determinados alimentos a los que se les añaden nitratos como el beicon, el jamón cocido, el salami, el salchichón, el chorizo, etc., con el fin de inhibir el crecimiento de la bacteria *Clostridium botulinum*, causante del botulismo.

También hay nitratos en los conservantes E249, E250, E251 y E252.

-El amoníaco.

Los productos nitrogenados generan NH_3 por acción de las bacterias lo que aumenta la proliferación celular y altera la síntesis de ADN.

-Los fenoles.

Producidos por el metabolismo de la fenilalanina y la tirosina se relacionan con el cáncer de piel y colon.

-Las aflotoxinas.

El más tóxico de esta familia es la aflotoxina B1, sustancia tóxica (hongo), mutagénica e intensamente cancerígena. Está presente en algunas semillas.

-Los compuestos químicos agrícolas.

Nos referimos a aquellos encaminados tanto a incrementar la productividad de las cosechas como a favorecer su conservación.

Muchos son potencialmente cancerígenos. Hablamos de los acaricidas, nematocidas, fungicidas, rodenticidas y herbicidas (compuestos químicos como DDT, dieldrin, lindano, metoxiclor, malation, aldrín, etc.).

-Las grasas saturadas.

Una alimentación rica en grasas saturadas favorece el desarrollo del cáncer. Está especialmente demostrado en el caso del cáncer de mama. Al parecer, podría deberse a que su consumo eleva las cifras de estrógenos en sangre según las investigaciones desarrolladas en las universidades de Harvard y Minnesota. Por otra parte, un estudio llevado a cabo por la *Fundación Estadounidense para la Salud* y el *Centro Hospitalario St.Luke's-Roosevelt* de Nueva York apunta que una ingesta excesiva de grasas -tanto de origen animal como los aceites vegetales omega 6- adormece el mecanismo de vigilancia tumoral del sistema inmunitario.

-La leche de vaca.

Un estudio llevado a cabo en la Universidad de Bergen (Noruega) con leche de vaca fresca constató que el consumo de 2 vasos diarios implica un riesgo 3,4 veces mayor de padecer linfomas que quienes beben menos de esa cantidad. Y un grupo de investigadores holandeses demostró en 1989 que las personas que toman tres o más vasos de leche de vaca diaria tienen dos veces más probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón que los que no beben leche.

Cabe añadir que también investigadores de la Universidad de Harvard encontraron una relación positiva y fuerte entre el cáncer del páncreas y el consumo de leche, huevos y carne.

Entiéndase, en todo caso, que hablamos de la leche de vaca entera, sin tratar industrialmente. Porque tanto lo que hoy se comercializa como leche de vaca así como sus derivados lácteos tienen más bien poco que ver con la leche de vaca natural. Hablaremos de ello extensamente en un próximo artículo.

-El café torrefacto.

El café torrefacto contiene hidrocarburos tostados liberadores de benzopirenos, productos altamente cancerígenos. Además contiene metil glioxal, un poderoso mutágeno en las bacterias. Una simple taza de café recién hecho contiene 0.5 mg de ese compuesto que ha demostrado ser cancerígeno en ratas. De hecho, la Unión Europea intentó hace año y medio regular esta situación sin conseguirlo debido a las presiones ejercidas. Sépalo.

-El alcohol.

El alcohol también podría actuar como un carcinógeno, no de forma directa sino a través de su metabolito, el acetaldehído. Además tiene una reconocida acción inmunodepresora.

Por otra parte, un estudio presentado por la *Agencia Internacional*

para la Investigación sobre el Cáncer en Lyon indica que la mezcla de alcohol y tabaco aumenta 43 veces la probabilidad de contraer cáncer de garganta.

-Mecanismos indirectos.

La ingesta exagerada de alimentos también puede influir en la aparición del cáncer. Así lo demostró ya **Tannenbaum** en ratones durante la II Guerra Mundial constatando que la aparición de tumores espontáneos de pulmón y mama así como los de una variedad de tumores producidos experimentalmente con cancerígenos conocidos podía reducirse a la mitad restringiendo la ingesta de alimentos sin modificar las proporciones de los constituyentes individuales. Esto último sería luego contrastado en reiteradas ocasiones.

En el caso de la fibra y su influencia sobre el cáncer -y otras enfermedades degenerativas del intestino- Burkitt ya lo sugirió en sus observaciones: el cáncer era más común en los países donde se procesaban los cereales para eliminar la fibra que en aquellos en donde eso no se hacía.

Hay que recordar, finalmente, que los métodos utilizados para la preparación industrial de alimentos pueden ser potencialmente peligrosos debido a la intervención de carcinógenos como los hidrocarburos aromáticos policíclicos y las aminas aromáticas heterocíclicas. Y ambas se forman durante la combustión del carbón y la lisis de proteínas durante el asado de la carne con carbón vegetal, en la fritura y en el ahumado.

Lo expuesto nos insta pues a ser muy prudentes y a seguir unas reglas mínimas si queremos disminuir los factores de riesgo del cáncer:

Nuestros consejos para lograrlo son sencillos:

-Deje de fumar.

-Evite el exceso de peso.

-Tome entre 20 y 35 gramos de fibra al día.

-Consuma diariamente frutas y vegetales frescos.

-Elimine o reduzca al mínimo la ingesta de alcohol.

-Evite la exposición prolongada al sol.

-Reduzca la ingesta de proteínas animales.

-No consuma alimentos fritos ni ahumados.

-No consuma más de un 10% de grasas saturadas en su comida diaria.

-Reduzca el consumo total de grasas a menos del 30% del aporte calórico total.

-Realice diariamente ejercicio físico según sus características y posibilidades.

-Respete las instrucciones de seguridad en los lugares de

trabajo, sobre todo si en él se manipulan sustancias cancerígenas.

Además de seguir las recomendaciones anteriores conviene que sepa que hay determinados alimentos y sustancias que tienen un especial interés tanto por su acción preventiva como por su actividad anticancerígena. Hablemos de ellos.

-El ajo y la cebolla.

En ambos alimentos se han encontrado multitud de sustancias con reconocida acción anticancerígena, entre ellas el sulfuro de dialilo o la alinasa, con capacidad para bloquear -por ejemplo- sustancias tan agresivas como las nitrosaminas y la aflotoxina, ambas relacionadas con los cánceres de estómago, pulmón e hígado.

Uno de los principales investigadores de la acción del ajo es el doctor **Michael Wargovich**, experto del *Centro del Cáncer M.D. Anderson* de Houston. En un experimento administró a un grupo de ratones el principio activo del ajo mientras a otros sólo les dio comida. A continuación aplicó a los ratones de ambos grupos potentes carcinógenos. Pues bien, los ratones que habían ingerido ajo presentaron un 75% menos de incidencia de cáncer, tanto de colon como de otros tipos.

-El tomate.

El mismo pigmento que proporciona al tomate su color rojo, el licopeno, es la sustancia responsable de su poder anticancerígeno. El licopeno es hasta dos veces más potente que el betacaroteno y actúa como destructor del oxígeno libre. Además, está demostrado que esta misma sustancia reduce el daño causado en el ADN y ayuda a prevenir el cáncer de próstata. (*Journal of the Nacional Cancer Institute*, 19/12/2001).

-El té.

Estudios realizados en China, Japón y EEUU confirman que el té bloquea en gran medida el desarrollo de diversos tipos de cáncer en los animales, lo que se debe principalmente a su concentración en catequinas, de las que una de ellas es especialmente potente: la epigallocatequina (EGCG).

-La col, el brécol y las coles de Bruselas.

Estas hortalizas contienen una sustancia -el indol-3-carbinol- que tiene la propiedad de acelerar el metabolismo de los estrógenos impidiendo así que pueda ser utilizado por las células cancerígenas. Así lo han demostrado los estudios del *Instituto de Investigación Hormonal* de Nueva York.

-El cartílago de tiburón.

El cartílago de tiburón posee un compuesto que -al menos, en

laboratorio- tiene efectos anticancerígenos. Exactamente son sus compuestos de glucoproteínas las que tienen un efecto sobre la angiogénesis.

El crecimiento de un tumor requiere su vascularización. Sin la cercanía de vasos sanguíneos las células tumorales no sólo no pueden diseminarse sino que mueren por deficiencia de nutrientes y oxígeno así como por falta de eliminación de anhídrido carbónico, ácido láctico y otras sustancias de desecho. La angiogénesis o formación de nuevos vasos sanguíneos a partir de otros preexistentes es fundamental en el proceso de carcinogénesis.

-El extracto de aceite de hígado de tiburón.

Esta sustancia contiene ácidos grasos poliinsaturados así como vitaminas A, D y E además de escualeno y alcoxigliceroles.

La vitamina A tiene un destacado papel preventivo en el cáncer y, en particular, frente al cáncer bronquial y el de vejiga, además de tener una acción antioxidante global como las vitaminas D y la E.

La vitamina D2 por su parte, es precursora de la tumosterona, sustancia utilizada por las células asesinas para destruir las células cancerosas.

En cuanto al escualeno que contiene es un triterpenoide precursor de la DHEA (deshidroxiandrosterona), una sustancia que tiene el poder de ralentizar el envejecimiento celular y cuya presencia es indispensable en los glóbulos rojos para combatir las células cancerosas.

Por último -como ya hemos señalado-, contiene alcoxigliceroles, que son derivados lipídicos presentes sobre todo en los tejidos portadores de células inmunitarias. Los alcoxigliceroles han demostrado en ratas un claro efecto inhibidor del crecimiento tumoral bloqueando en ratas diversos tumores experimentales: linfoma LAA, carcinoma mamario C3H, melanoma B12, etc.

-El ácido alfa lipoico.

Se trata de un compuesto antioxidante que en su forma libre tiene la capacidad de proteger el material genético del ADN. Además impide la liberación excesiva de FN-kappa-B, una sustancia con capacidad para fijarse al ADN en los genes y causar cambios en la información génica.

-La vitamina A.

Dado que la vitamina A puede resultar tóxica si se toma en cantidades altas es importante comprender la diferencia entre ella y los carotenoides. El betacaroteno -y los demás carotenoides- son atóxicos. Y en el interior del cuerpo humano son transformados enzimáticamente de tal manera que de una molécula de betacaroteno surgen dos moléculas de vitamina A.

Otra diferencia importante es que la carotinoidemia depende proporcionalmente de la ingesta mientras que la vitamina A mantiene

niveles sanguíneos bastante constantes dado que toda cantidad "extra" es eliminada de la sangre y almacenada en el hígado. De los 20 carotenoides que se encuentran en la alimentación humana, el betacaroteno es el mejor protector contra el cáncer. La primera demostración de que la vitamina A tenía propiedades protectoras contra el cáncer se obtuvo poco después de su descubrimiento en 1913 por **Mc Collum** y **Davis**. A principios de los años 20 los trabajos de **Mori** (1922) y **Wolbach** (1925) asociaron el déficit de vitamina A con alteraciones cancerígenas en células de la tráquea, laringe y bronquios. Varios estudios realizados entre los años 30 y 50 confirmaron que la vitamina A mantiene el funcionamiento normal de los tejidos además de controlar el crecimiento celular y que las deficiencias de dicha vitamina producen cambios metaplásicos. Así pues, la vitamina A regula de una manera casi hormonal el crecimiento y el desarrollo celular, da protección antioxidante contra los radicales libres y aumenta la comunicación intercelular de tal forma que las células mutantes no pueden provocar que otras células, también mutantes, crezcan (influye en la síntesis de la proteína conocida como conexina). En 1929 **Hirayama** publicó un estudio realizado en 25.000 japoneses demostrando que el betacaroteno protege contra los cánceres de pulmón, estómago, colon, próstata y cérvix.

-La vitamina B17.

Tras muchos años de estudios, el químico estadounidense **Ernest Krebs, Jr.** descubrió en 1950 una nueva vitamina que categorizó como B17 y que también es llamada *laetril* y *amigdalina*. Ya en varios documentos de civilizaciones antiguas -como los egipcios en la época de los faraones y en China más de 2.500 años antes de Cristo- se menciona el uso terapéutico de los derivados de las almendras amargas. Papiros egipcios de 5.000 años de antigüedad mencionan el uso de *Aquí Amygdalorum*, para el tratamiento de tumores dermatológicos. Sin embargo, el estudio sistematizado de la amigdalina no comenzó hasta la primera mitad del siglo pasado cuando el famoso químico Dr. **Bohn** descubrió en 1802 que durante el proceso de destilación del agua proveniente de almendras amargas se obtenía ácido hidrocianico. La vitamina B17 es un agente quimioterapéutico completamente natural que se encuentra en más de 1.200 plantas, particularmente en las semillas de frutas comunes como el albaricoque, el durazno, las manzanas y las cerezas. Se trata de un diglucósido con una molécula de cianuro que es extremadamente bioaccesible. Esto significa que penetra en la membrana celular alcanzando fácilmente un alto nivel de concentración dentro de la célula. Esta molécula de cianuro causó cierta controversia aunque, atendiendo a las afirmaciones de quienes

la utilizan, es inofensiva porque *"las células normales del organismo contienen un enzima llamada glucosidasa que la neutraliza impidiendo la liberación del cianuro. De esta forma, la vitamina B17 sólo actúa como glucosa en las células saludables produciendo energía. Las células malignas no contienen esta enzima pero tienen otra llamada rodanasa; al estar ausente la glucosidasa y presente la rodanasa, la vitamina B17 se activa liberando la molécula de cianuro dentro de la célula maligna causando su destrucción"*.

El uso del *laetril* es legal en 24 estados americanos y en otros 17 países como México, Alemania, Gran Bretaña, Italia, Bélgica y Filipinas.

-La vitamina C. Existen numerosas evidencias de que la vitamina C es esencial para el buen funcionamiento del sistema inmunitario. En los mecanismos de éste intervienen ciertas moléculas -principalmente moléculas de proteínas- que se encuentran en solución en los fluidos del cuerpo así como en determinadas células y la vitamina C actúa tanto en la síntesis de muchas de ellas como en la producción y en el adecuado funcionamiento. Pues bien, se sabe desde hace tiempo que la vitamina C inhibe la formación de nitrosaminas carcinogénicas formadas por la reacción entre los nitritos existentes en las carnes conservadas y las aminas dietéticas.

También la vitamina C, unida a la quercetina y otros polifenoles, pueden combatir el cáncer.

La aparición del cáncer de esófago, páncreas, colon, recto, cuello de útero, vejiga, piel, mama y laringe aparece mucho más raramente en quienes siguen una dieta rica en frutas y vegetales con alto contenido en vitamina C.

Estudios en animales de experimentación realizados por el Premio Nobel **Linus Pauling** y sus colaboradores muestran que una ingesta elevada de vitamina C atrasó el comienzo de tumores mamarios espontáneos en ratones; y evidencian también una pronunciada disminución o retraso en la aparición de tumores malignos en ratones que habían sido expuestos a la luz ultravioleta.

Otros investigadores también han demostrado la efectividad de esta vitamina y sus derivados en la prevención del cáncer de piel. Y en ratones expuestos a fibra de vidrio en polvo se comprobó una inhibición significativa del cáncer de pulmón. Científicos japoneses demostraron además recientemente el efecto anticancerígeno en tumores humanos de ovario, estómago, páncreas, útero y pulmón. Tras lo dicho, es insólito comprobar que el Instituto Nacional de Salud Americano, tras el estudio que realizó sobre esta vitamina, concluyera diciendo que la cantidad recomendable de vitamina C es de 60 mg, al día. Cientos de investigadores afirman que esa cifra debería ser aumentada a 200 mg diarios como mínimo. Exactamente la misma

recomendación que hizo Linus Pauling hace casi veinte años y pocos científicos aceptaron.

-La vitamina E.

Esta vitamina es un poderoso antioxidante pero posiblemente necesite de la sinergia de otros nutrientes para poder ser además protectora contra el cáncer. Es el caso del estudio de **Knekt** (1991) publicado en *Annals of Medicine* que confirma el papel protector de la vitamina E -en combinación con otros nutrientes- en la profilaxis del cáncer.

Es importante tener en cuenta la sinergia entre esta vitamina y el selenio, conocida desde 1983. Según el Dr. Horvart, *"la vitamina E facilita la acción anticarcinogénica del selenio sólo cuando se encuentra presente durante las fases de promoción o proliferación"*.

En 1984 un equipo de investigadores dirigidos por el Dr. **Wald** estudió la vitamina E y el betacaroteno en la prevención del cáncer mamario. Se extrajo sangre de 5.000 mujeres en Guernsey entre 1968 y 1975 que se almacenó congelada. A finales de 1982, 39 de las mujeres habían desarrollado cáncer. Comparándolas con el grupo de control de mujeres de edad, en estado menopáusico, antecedentes familiares y antecedentes de enfermedad mamaria benigna similares, las víctimas de cáncer mostraron niveles sanguíneos más bajos de vitamina E. Cabe señalar que la vitamina E tiene una acción directa sobre algunas sustancias químicas cancerígenas inactivándolas (nitritos y nitratos). Por otra parte, la vitamina E también desempeña un papel importante como terapia adjunta a la quimioterapia. Así, prácticamente todos los pacientes que reciben adriamicina pierden el cabello mientras que el 70% de los que reciben 1.600 UI de vitamina E desde varios días antes de la quimioterapia no sufrieron una pérdida de cabello digna de mención. (**Wood**, 1985).

-La coenzima Q10.

Además de su papel en la producción de energía, la coenzima Q10 es un elemento muy a tener en cuenta en los pacientes con cáncer pues ayuda a reducir los radicales libres; se trata, pues, de una sustancia antioxidante.

-El calcio.

Según un estudio publicado en el *New England Journal of Medicine* -enero de 1999- el papel del calcio en la prevención de pólipos en el colon es evidente. Los autores del trabajo son tajantes en sus conclusiones: los suplementos de calcio se asocian con una reducción significativa del riesgo de padecer adenoma colorrectal recurrente. El trabajo fue dirigido por el doctor **J. A. Baron** -del *Dartmouth-Hitchcock Medical Center* (New Hampshire, EE.UU)- a lo largo de cuatro años.

-El germanio.

En 1967 el Dr. **Kazuhiko Asai** consiguió sintetizar el germanio 132,

una forma de germanio ligado orgánicamente y no tóxico. En su forma orgánica cada átomo de germanio está ligado a tres átomos de oxígeno convirtiéndose en un excelente transportador de oxígeno.

El Dr. **Otto Warburg** -investigador del cáncer y premio Nobel- descubrió que las células cancerosas no pueden metabolizar adecuadamente el oxígeno. Y el germanio 132 actúa como transportador facilitando el movimiento del oxígeno a través de las membranas celulares para introducirlo en la célula. Refuerza además muchas funciones del sistema inmunitario. Varios estudios han informado de la capacidad del germanio 132 administrado por vía oral de aumentar la actividad de las células asesinas naturales.

En un estudio publicado en el *Journal of Interferon Research* se concluía que *"el germanio orgánico restaura el funcionamiento normal de células-T y linfocitos-B. El germanio orgánico tiene actividades fisiológicas excepcionales, es capaz de estimular la producción de gamma-interferón, tanto en animales como en seres humanos, sin efectos colaterales ni toxicidad"*.

-El selenio. Un trabajo realizado por **Margaret Rayman** -del Centro de Nutrición y Seguridad Alimentaria de la Universidad de Surrey (Reino Unido)- y publicado en *The Lancet* ha repasado los problemas que acarrea la deficiencia de selenio y ha dado la voz de alarma ya que en muchos países no se consume en cantidad suficiente.

El déficit de selenio disminuye la eficacia del sistema inmune. Varios trabajos han comprobado que un aporte adicional de este antioxidante estimula la producción de linfocitos T y mejora la respuesta de las células asesinas.

Desde hace tres décadas se conoce el papel preventivo del selenio frente a ciertos tumores. De hecho, en los países en los que la dieta es rica en este mineral las cifras de mortandad por cáncer son inferiores a las de otros lugares donde no se consume tanto. En la mayoría del continente europeo se consumen cantidades insuficientes de selenio.

-El NADH.

El NADH es una sustancia natural presente en todos los organismos vivos que se conoce también como coenzima I. Se le han atribuido más de un millar de funciones bioquímicas y está considerado el antioxidante más eficaz conocido. Una de las acciones principales es su actividad en la producción de energía en la célula. Cuanto más NADH libre hay en la célula mayor energía puede producir ésta. Aunque existe NADH en todos los alimentos ésta es destruida por el proceso de cocción; incluso cuando ingerimos alimentos crudos la absorción de NADH no mejora debido a que los ácidos gástricos lo degradan.

De ahí la importancia de la suplementación oral de NADH siempre que esté estabilizado y su forma galénica de administración sea gastrorresistente para asegurar su absorción y biodisponibilidad.

Sus acciones principales son:

- Aumenta la producción de energía celular (cada molécula de NADH produce 3 moléculas de ATP).
- Interviene en la regulación celular y reparación del ADN.
- Potencia el sistema inmune (sobre todo, aumenta notablemente la Interleukina-6 o IL-6).
- Es un potentísimo antioxidante. Actúa regenerando los antioxidantes naturales de nuestro organismo.

-La chlorella pyrenoidosa.

La chlorella es un alga unicelular cultivada originalmente para países del Tercer Mundo como sustituto barato de las carnes de animales pero acabó ofreciéndonos mucho más que proteínas. De hecho, podría ser el antídoto perfecto para algunos de los problemas de salud causados por los alimentos refinados, las dietas deficientes en nutrientes y nuestro ambiente tóxico.

La chlorella está cargada de nutrientes y otros compuestos únicos incluyendo las vitaminas del grupo B (contiene más ácido pantoténico que cualquier otra fuente natural), magnesio y otros minerales menores. Su alta concentración de clorofila -un pigmento verde con cualidades limpiadoras notables- es necesaria en cualquier programa de desintoxicación del cuerpo y como fuente de hierro orgánica. También ayuda al cuerpo a eliminar cadmio y uranio, dos metales tóxicos. El amplio espectro de carotenoides del alga es superior al betacaroteno para defender las células contra la oxidación. Otro de sus constituyentes químicos, el clorelano, fortalece nuestro sistema inmune al contribuir a la producción de interferón.

-El extracto de arabinogalactano.

El extracto de arabinogalactano es una sustancia extraída del salvado de arroz que ha sido modificado enzimáticamente para aumentar su función inmunomoduladora.

Se ha demostrado en pruebas *in vivo* que esta sustancia es capaz de modificar la respuesta biológica con posibles efectos anticancerígenos. Así, fue capaz -en pruebas de laboratorio- de aumentar la actividad de las células asesinas naturales, primera línea de defensa contra el desarrollo de tumores.

-La Uncaria Tomentosa o uña de gato.

La Uncaria Tomentosa o Uña de Gato es una planta que crece de forma salvaje en las zonas altas del amazonas peruano. Está compuesta fundamentalmente por alcaloides indólicos y pentacíclicos además de por flavonoides, taninos catéquicos, triterpenos y esteroides.

El estudio de esta planta se ha centrado en su composición alcaloídica. Tiene acción inmunoestimulante, antivírica, antiinflamatoria, antimutagénica, antioxidante, citostática, antileucémica, antiagregante

plaquetaria, hipotensora y diurética.

En suma, hay muchos agentes anticancerígenos que, combinados adecuadamente, permiten tratar cualquier patología cancerosa. Obviamente, el tratamiento -qué productos, en qué dosis, durante cuánto tiempo...- debe ser individualizado y ser el especialista quien lo determine. Téngalo en cuenta.

(XIV) EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CON EL BIRM



Diez años después de que el médico Edwin Cevallos ofreciera sin éxito a las autoridades sanitarias españolas el BIRM -un producto natural extraído de una planta amazónica- la revista *Cancer Chemotherapy and Pharmacology* publicó en junio pasado los excelentes resultados obtenidos en su utilización contra el cáncer de próstata. La investigación -impulsada por la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami- ha confirmado que impide la multiplicación de las células cancerosas e, incluso, la metástasis. Esos resultados se han observado también en cultivos de células cancerosas de colon y recto así como en la leucemia.

Las plantas son la "farmacia de Dios", el remedio para la mayor parte de las dolencias y padecimientos humanos. Lo saben hasta quienes intentan impedir su comercialización. Lamentablemente, décadas de ceguera -primero- y corrupción sanitaria -después- propiciaron que muchos de los antiguos conocimientos sobre ellas se hayan ido perdiendo y, con ello, posibles soluciones a muchas patologías. Afortunadamente, sin embargo, empieza a recuperarse de forma paulatina el respeto por sus posibilidades terapéuticas. Eso sí, en unos lugares más rápidamente que en otros porque en España seguimos a la espera de la anunciada legislación sobre plantas medicinales. Además, los administradores sanitarios de nuestro país anuncian ya que nuestra normativa legal será más restrictiva que la europea... sin saber siquiera cómo será ésta. La excusa de la "precaución", una vez más, se utilizará para tratar de llevar al redil de las grandes corporaciones industriales todo producto con posibilidades

terapéuticas. Es el caso de muchos productos naturales que se sabe que funcionan y a los que por eso se les quiere dar la calificación oficial de "fármacos". Para poder controlar su uso desde el poder y para que el negocio quede en las mismas manos de siempre ahora que la gente está dejando de fiarse los medicamentos y busca remedios naturales.

UN POTENTE ANTICANCERÍGENO: EL "BIRM"

Pues bien, uno de esos productos lleva más de un cuarto de siglo esperando el reconocimiento oficial de su eficacia y parece que, finalmente, el tesón de su valedor va a tener premio. Hablamos del BIRM, un producto obtenido de una planta amazónica que acaba de recibir el primer respaldo oficial para que un día le sean reconocidas sus posibilidades terapéuticas, más allá de la semiclandestinidad en la que ha estado sobreviviendo.

En su número del pasado mes de junio la revista *Cancer Chemotherapy and Pharmacology* publicaba un artículo titulado *Un extracto oral de planta amazónica (BIRM) inhibe el crecimiento del cáncer de próstata y la metástasis*, un riguroso estudio llevado a cabo por investigadores de la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami en colaboración con el creador del producto, el doctor **Edwin Cevallos**, del Instituto de Tumores de Quito (Ecuador). El equipo, tras investigar el BIRM, constató que el producto tiene actividad citotóxica "in vitro" en grupos de células de cáncer de próstata, reduce la incidencia del tumor, retarda su crecimiento y logra una reducción significativa de la metástasis. Y todo ello sin toxicidad alguna aun si es administrado de forma continuada.

Diez años después de que se consiguiera su actual configuración (en 1993) y 26 transcurridos ya desde que se iniciaran las primeras investigaciones, la Ciencia Oficial -enorme paquidermo de lentas y condicionadas reacciones- ha confirmado su eficacia dando así el primer paso legal para su aprobación como medicamento.

Hay que añadir que más allá de semejante confirmación -que no descubrimiento porque el producto se ha estado consumiendo durante años como suplemento dietético- este trabajo resulta también especialmente significativo por una razón importante: los investigadores reconocen abiertamente en su introducción una realidad que venimos sosteniendo en esta revista desde que vio la luz: la limitada -cuando no inútil y engañosa- respuesta de la medicina convencional al problema del cáncer. Los autores del estudio dicen textualmente lo siguiente: *"El cáncer de próstata es el cáncer maligno más frecuentemente diagnosticado a los varones norteamericanos, con una estimación de 189.000 nuevos casos en el año 2002. Y la mayoría de las muertes por cáncer de próstata, estimadas en 30.200*

en el 2002, son probablemente el resultado del fracaso de todos los tratamientos convencionales actualmente disponibles" (el subrayado es nuestro).

Los investigadores explican luego que por eso muchos pacientes de cáncer de próstata experimentan con terapias complementarias a las oficiales y cada vez más *"se mueven hacia la medicina complementaria y alternativa consumiendo extractos de plantas de culturas tradicionales".* Y añaden: *"Nosotros nos hemos encontrado con una de esas medicinas herbarias naturales, el BIRM (modulador biológico de la respuesta inmune), una sencilla solución oral ecuatoriana procedente de un extracto de planta amazónica que, formulada por el médico **Edwin Cevallos Arellano**, ha sido promovida en América del Sur y está basada en el conocimiento local de la población nativa ecuatoriana. Hoy se distribuye como remedio natural para diversas enfermedades, incluidas la infección por VIH y el cáncer (...) Por eso decidimos evaluar la eficacia y sus efectos antitumorales en un modelo de cáncer de próstata".*

El doctor **Balakrishna L Lokeshwar**, uno de los firmantes del estudio y miembro del Departamento de Urología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami, contará a *Discovery DSALUD* la historia que dio lugar a las investigaciones: *"Un día, un paciente del doctor **Soloway** (otro de los firmantes del estudio) llamado **Christian de DeGatau von Frockenbeck**, nos habló del BIRM y nos dijo que un médico ecuatoriano lo estaba recomendando para un gran número de dolencias, incluyendo casos de personas con leucemia. Añadió que él había estado tomándolo durante un año y se sentía estupendamente. Y agregó que si se lograra establecer la base médica y científica del producto se podrían beneficiar muchas otras personas de fuera de Ecuador. Hasta comentó que el anterior presidente de Ecuador era paciente del Dr. Cevallos y que éste llegó a afirmar en televisión que seguía vivo gracias al BIRM. Así que decidimos investigarlo científicamente. Desafortunadamente, el señor DeGatau falleció en abril de este año a causa de su cáncer de próstata; de ahí que, como homenaje, le hayamos dedicado este artículo".* Cabe añadir que Christian DeGatau se había sometido previamente a los tratamientos oncológicos tradicionales y tenía el organismo muy deteriorado y el sistema inmune deprimido.

Desgraciadamente, en España los enfermos de cáncer no suelen informar a sus médicos cuando siguen paralelamente tratamientos alternativos a los oficiales porque la mayor parte de los oncólogos regañan a quienes tal confiesan por "sucumbir a semejantes engaños". Y, desde luego, no suelen interesarse por la veracidad de los comentarios de sus pacientes cuando estos se atreven a hacerlos. En el caso que nos ocupa, sin embargo, pudo más el rigor científico -y la

desesperación ante el fracaso de los remedios convencionales- de los interlocutores de Christian DeGatau, su necesidad de saber cómo había sido posible tal mejoría en alguien con cáncer de próstata tras tomar el BIRM. Esa es también la razón de que se investigara el producto en el tratamiento del cáncer de próstata y no, por ejemplo, en el de colon, en casos de leucemia o en enfermos de Sida.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Los datos del estudio efectuado en Miami son excesivamente técnicos por lo que ofrecemos al lector sólo los elementos más significativos en un recuadro. En todo caso, de él se deduce la convicción de los investigadores de que el valor medicinal del BIRM se debe a una variedad amazónica concreta de la planta *Dulcámara* cuyas características las definen los micronutrientes presentes en la tierra del Alto Amazonas donde crece. En cuanto a las pruebas "in vitro" efectuadas, demuestran que el BIRM no sólo *"inhibe la proliferación de las células cancerosas"* sino que *"provoca su muerte por apoptosis"* (desintegración). Los estudios en ratas, por su parte, demostraron que *"reduce el crecimiento del tumor y la metástasis espontánea a los pulmones."*

La caracterización bioquímica preliminar y un estudio cromatográfico sugieren que hay al menos cuatro sustancias activas presentes en el BIRM: tres con actividad citotóxica y una con actividad inhibitoria (el mecanismo se desconoce pero los resultados sugieren que el BIRM es un potente inhibidor de una clase de enzimas cuyos niveles están relacionados con la progresión del cáncer de próstata). Parece claro también que los ingredientes activos del BIRM son absorbidos en el tracto gastrointestinal.

En resumen, el estudio constata que el BIRM tiene actividad citotóxica 'in vitro' -tanto en el caso de grupos de células de cáncer de próstata andrógeno-dependientes como andrógeno-independientes-, reduce la incidencia del tumor, retarda su crecimiento y causa una reducción significativa en la metástasis (demostrado en un modelo experimental de fase tardía de cáncer de próstata). Sin toxicidad alguna además. Obviamente, los autores de la investigación tienen pocas dudas de las enormes expectativas que este estudio le ha abierto al BIRM en el tratamiento del cáncer. El ya mencionado doctor Balakrishna L. Lokeshwar nos manifestó durante la elaboración de este reportaje: *"Se trata de un medicamento con un gran potencial para tratar algunas formas de cáncer, sólo o combinado con otras medicinas. Creo que tiene especialmente grandes posibilidades como tratamiento para el cáncer de vejiga y de próstata. Sin embargo, habrá que hacer una larga evaluación clínica antes de que pueda prescribirse."*

Y ese es precisamente el próximo objetivo de los investigadores:

recaudar los fondos suficientes para llevar a cabo ensayos clínicos más ambiciosos. *"Estamos intentando empezar con la experimentación clínica, primero como coadyuvante en pacientes con cáncer de próstata y vejiga. Planeamos conseguir algunos fondos antes de poder empezar los experimentos clínicos. También estamos procediendo a hacer más estudios preclínicos sobre la naturaleza molecular de las sustancias del BIRM que muestran actividad anticancerígena. Pero hasta ahora se ha convertido en una cuestión difícil de resolver, una nuez dura de abrir".*

UN HOMBRE FELIZ

El doctor **Edwin Cevallos** es en estos momentos -como el lector podrá suponer- un hombre feliz, un médico esperanzado y un científico satisfecho: *"En octubre del 2001 -nos diría- recibí un e-mail de la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami escrito por un investigador de dicha institución que se dedicaba exclusivamente al cáncer de próstata. No sabía quién era el inventor del BIRM pero sí que pacientes con ese padecimiento obtenían el producto desde Ecuador y mejoraban de su cáncer de próstata. Así que le envié algo de producto, lo puso en un cultivo de células de cáncer de próstata refractario a todo tipo de tratamiento y pudo ver, con sorpresa, cómo impedía la multiplicación de las células cancerosas y, además, impedía que se formara una enzima que favorece las metástasis. Lo mismo que ya habíamos observado nosotros en anteriores investigaciones en cultivos de células de cáncer de colon, recto y leucemia. Me pidió entonces información sobre el BIRM y entre octubre del 2001 y marzo del 2002 efectuaron un completo estudio tanto 'in-vitro' como en animales. Fue entonces cuando me invitaron a tener una reunión con los miembros del Departamento de Urología de la Escuela de cara a iniciar las pruebas en seres humanos, pruebas que finalizaron en octubre del pasado año. Recuerdo aún las palabras que al terminar aquella reunión me dijo el Jefe del Servicio de Urología: 'En el país donde vives esta maravilla ha permanecido en silencio durante 26 años; Edwin, esto saldrá a la luz en todo el mundo en 6 meses'".* No mintió. Pocos meses después la comunidad internacional está ya al tanto de las posibilidades del BIRM. Puede que sea el principio del fin de la larga batalla personal emprendida por el doctor Cevallos hace ya 26 años, teniendo siempre muy claro que el hecho de ser ecuatoriano iba a jugar en su contra para tratar de reclamar la atención que el producto merecía: *"En nuestro continente -nos confesaría- existe un sentimiento peyorativo que nos lleva a creer que somos incapaces de descubrir algo porque nuestros países carecen de la capacidad económica y de los equipos adecuados para hacer investigación. Sin embargo, el BIRM ha sido ahora investigado en Estados Unidos*

mereciendo un estudio exhaustivo de dos años. Incluso se ha hecho la comparación de esta sustancia con las tradicionales y el BIRM sale claramente favorecido. Debo añadir que, por el contrario, es bien evidente que en este proceso no nos ha favorecido ser ecuatorianos. Y tampoco lo ha hecho el nombre: BIRM. Quizás un nombre que hubiera sido mucho más difícil de pronunciar nos hubiera ayudado más a la hora de ser escuchados".

Seguro que el doctor Cevallos ha recordado más de una vez las palabras del doctor e investigador colombiano **Manuel Patarroyo** -Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica en 1994 por su descubrimiento de la vacuna contra la malaria- quién se llegó a mostrar públicamente decepcionado por el trato recibido por la Organización Mundial de la Salud con él y con su país. Patarroyo -pionero en los enfrentamientos con las multinacionales farmacéuticas- llegó a afirmar que había tenido que afrontar muchos problemas pese a demostrar que su vacuna funciona "*por ser un investigador hispanoparlante*". Para los gurús de la ciencia oficial -normalmente radicados en los países del Norte-, ser ecuatoriano o colombiano no parece compatible con ser investigador. Y mucho menos con conseguir importantes logros científicos. Aparentemente, para algunos, si se es pobre no se puede ser inteligente.

LA HOSTIL ESTRUCTURA SANITARIA ACTUAL

En definitiva, la batalla para lograr el reconocimiento científico de la eficacia del BIRM ha sido dura ya que se ha visto frenada en muchas ocasiones por los grandes intereses comerciales. Nos lo reconocía el propio doctor Cevallos: "*Esperábamos la resistencia. A fin de cuentas, el mundo actual posee hoy una estructura social, sanitaria y farmacéutica que ha maniatado hasta la libertad que tenía antes el médico para proceder según sus conocimientos y su conciencia, y que es a lo que está además obligado según su declaratoria hipocrática. Y, sin embargo, ¡pobre de aquel médico que se salga hoy de lo oficialmente establecido y aprobado u ose pensar, por ejemplo, en utilizar otra cosa que los cócteles autorizados para combatir el Sida! ¡Pobre también de aquél que estando dentro de una institución hospitalaria estudie otras alternativas! ¡Y pobre de aquel paciente que, en uso de su libertad, pretenda probar una medicina que no haya sido catalogada como válida por las instituciones! Tras ingresar en cualquier centro hospitalario -por lo que de por sí será ya tratado como un paria si padece el Sida-, si reconoce el uso de cualquier otra medicina o sustancia que a él le ha parecido satisfactoria puede ser abandonado, cuando no vejado. También está la propia discriminación económica. La situación en todo tipo de enfermedad tiene un interés básico, que es el asunto económico; y ese interés económico hace que*

se retarde todo lo que se pueda el dar una oportunidad a nuevos productos. En ese contexto puede entenderse el que no se quiera reconocer este tipo de tratamientos, seguramente porque no está hecho por los grandes laboratorios, las grandes empresas, los grandes trusts. Las peregrinaciones que hemos hecho han tenido la finalidad de que alguien diga: 'Eso no sirve. Es mentira. Es una falacia. No tiene los estudios preceptivos. A ese estudio le falta ese dato o ese otro...' En fin, cualquier cosa que nos obligara a volver a demostrar todo. Hoy, tras 26 años de recorrer centros científicos internacionales, ya no tienen nada que objetar. Sólo se enfrentan al escepticismo de que un investigador sudamericano haya logrado un medicamento que estimula el sistema inmune. Pues bien, yo les digo a los médicos que el sueño de los alquimistas de este siglo ya está aquí porque el BIRM ha demostrado ser capaz incluso de convertirse en el principal enemigo del cáncer y el Sida".

Tras 26 años de investigación, las propiedades del BIRM -tal y como son presentadas por el doctor Edwin Cevallos- pueden resumirse de la siguiente manera:

- a)** Muestra efectividad y eficacia en la lucha contra el cáncer. y en el control del Sida.
- b)** Es inmunomodulador (por eso ayuda al sistema defensivo del enfermo de Sida) y inmunoestimulador clásico.
- c)** Carece de efectos colaterales, no es tóxico y reúne los requisitos de la medicina ideal según la OMS. Y es que se trata de un producto de sabor agradable que carece de efectos indeseables, se tolera bien incluso en tratamientos de larga duración, no interactúa con otros medicamentos, puede ser utilizado por personas de cualquier edad y mantiene el efecto estimulante e inmunomodulador en el organismo del paciente de forma sostenida.

"Lo que el BIRM hace -nos diría el doctor Cevallos- es elevar las defensas del organismo por lo que, consecuentemente, es útil en numerosas enfermedades, incluidas las consideradas incurables hasta hoy como el cáncer o el Sida. Y sus resultados demuestran lo inteligente que resulta la decisión de volver los ojos hacia la Naturaleza, que es el medio natural y lógico en el que buscar las sustancias ideales para tratar todas las enfermedades. Estoy seguro de que después de la publicación de este artículo científico se va a producir un gran impulso para entrar en esa atmósfera tan especial de tipo científico y universal que al final es la que da el aval para que un producto pueda estar al alcance del mundo entero".

Y añade: *"Este producto, a diferencia de los productos tradicionales, inició sus pruebas de eficacia en pacientes desahuciados, aquellos que tenían menos de 100 linfocitos CD-4, muchos de ellos con 50 e, incluso, alguno casi con cero. En esta fase nadie se atreve a dar*

ningún tratamiento y ningún laboratorio se atrevería a probar ningún producto. Todos sabemos que los laboratorios prueban sus productos en gente seleccionada en la que, de antemano, sabe que la respuesta va a ser positiva. Pues bien, en ese grupo de pacientes moribundos, terminales, pudimos obtener una respuesta, en un tiempo controlado de 28 meses, de aumento de los CD-4; y conforme a ese aumento, unas mejores condiciones generales y de calidad de vida. Ahora ya tenemos experiencia con pacientes seropositivos y con pacientes portadores del VIH que todavía no han desarrollado patología alguna. Y debo decir que esta sustancia permite que estos pacientes se mantengan en condiciones de normalidad de forma indefinida. Y no se trata de un milagro, es que la sustancia es un hidrato de carbono, un azúcar, una sustancia que necesita tanto del virus como de la célula para vivir; por eso el virus no muta. Esa es la razón de que pueda mantenerse indefinidamente esa situación. Los pacientes con patologías relacionadas con el Sida no sólo se han mantenido sino que han subido sus linfocitos a límites de 700 y 800 y los ha vuelto seropositivos. Esta es la mejor demostración de la bondad de este producto y de la permanencia beneficiosa que tiene en el organismo de los pacientes. Tenemos resultados en los que hemos podido llegar a negativizar la presencia del virus en el torrente sanguíneo igual que se está haciendo con los nuevos cócteles. Todos estos resultados han sido conseguidos obviamente fuera de Ecuador porque aquí no contamos con la tecnología necesaria para este tipo de exámenes."

Puede parecer una exageración pero son los mismos argumentos que el doctor Cevallos ha mantenido durante los últimos años referidos al cáncer y que ahora, por fin, parecen encontrar el respaldo, no ya de sus pacientes sino de los científicos. Habrá que darle pues al menos, después de 26 años, el beneficio de la duda. ¿Quién querrá poner los medios necesarios para una investigación seria, sin dilaciones y con la garantía de que la patente no acabe en un cajón?.

Antonio Muro

QUIÉN ES EDWIN CEVALLOS

Nacido en Quito y licenciado en Medicina por la Universidad Central de Quito (Ecuador), el doctor **Edwin Cevallos** se especializó en Oncología Médica y Radioterapia en el Instituto Mexicano de la Seguridad Social. Actualmente es Jefe del Servicio de Oncología Médica y Radioterapia del Hospital Metropolitano de Quito y director del Instituto de Tumores.

En 1976, mientras se formaba en México, Cevallos observaría que el

30% de los fármacos que se utilizaban como quimioterapéuticos en la lucha contra el cáncer eran productos de origen vegetal que posteriormente se sintetizaban. Es decir, que las plantas constituían el pilar de buena parte de la Quimioterapia que se utiliza en el mundo. Y cayó en la cuenta de que su país, por su ubicación geográfica, poseía una enorme variedad de plantas, muchas ya estudiadas y listas para ser analizadas, aislar sus principios activos y aprovechar las propiedades que tradicionalmente se les adjudicaban. Así que se embarcó en el ímprobo trabajo de investigar en solitario.

Ese mismo año comenzaría a estudiar las propiedades terapéuticas de la *Dulcamara* -una planta amazónica tradicionalmente utilizada por los indígenas de la que se conocen al menos dieciséis variedades- en enfermos de cáncer tratados con quimioterapia y radioterapia. Con sorprendentes buenos resultados. Cuál de las variedades fue exactamente el origen del BIRM es el secreto mejor guardado del doctor Cevallos; su "gran secreto".

Luego, con el tiempo, constató que la administración de una mezcla de plantas conseguía que las cifras de leucocitos en los pacientes tratados con Quimioterapia no sufrieran disminuciones severas al tiempo que los mantenía en un buen estado general, algo que pudo verificar clínicamente de forma analítica.

Los resultados obtenidos le llevarían doce años después -en 1988- a comenzar los ensayos clínicos del producto en enfermos de Sida logrando verificar las propiedades inmunomoduladoras e inmunoestimulantes que le suponía. En 1990 incluiría en el preparado la savia de una variedad silvestre de la Palma africana y, de forma simultánea, comienza a realizar ensayos en Estados Unidos que confirmarían todas sus hipótesis.

El Colegio Médico de Ecuador, tras estudiar el protocolo científico preceptivo y después de diversas investigaciones de expertos locales y norteamericanos, otorgaría plena validez en septiembre de 1993 a sus estudios sobre el BIRM. Gracias a ello sus conclusiones llegarían a los congresos sobre Sida celebrados en Japón y Vancouver donde fueron admitidos... pero también ignorados.

Hay que decir que su trabajo en este ámbito supone una vía intermedia en el actual debate. Hoy Cevallos trabaja con la hipótesis viral del origen del Sida pero, sin embargo, es implacable a la hora de analizar los tratamientos convencionales: *"El error de los actuales tratamientos está, para empezar, en el hecho de que un sujeto con el virus de la inmunodeficiencia tiene totalmente caotizado su sistema inmunitario. ¿Cómo puede concebirse, pues, que a alguien que está agotado encima le den sustancias tóxicas? Los resultados están a la vista. Nunca la humanidad ha presenciado como ahora el emerger de las enfermedades infecciosas oportunistas a niveles tan catastróficos".*

Edwin Cevallos, en suma, apuesta en el caso del Sida por lo contrario de lo que hoy se está haciendo: defender la célula, protegerla, blindarla ante cualquier ataque. Con productos naturales que no ataquen los ya maltrechos organismos de esos enfermos.

ESPAÑA PIERDE SU OPORTUNIDAD

En abril de 1995 el doctor **Edwin Cevallos** se entrevistó en Madrid con el doctor **Arce**, asesor del entonces Subsecretario de Sanidad, entregándole un dossier completo con los resultados de sus investigaciones en un intento de que fuera nuestro país el que, tras realizar los correspondientes seguimientos en los grandes centros hospitalarios, apadrinara el producto. Nunca más volvió a saber de nuestras autoridades sanitarias. No mucho más caso le hicieron en esos momentos las principales asociaciones de enfermos del Sida de nuestro país a quienes trató de presentar el producto buscando apoyos ante la Administración. A pesar de ese desinterés, Cevallos volvería a nuestro país.

Un año después -en noviembre de 1996- tendría lugar en Quito el *I Congreso sobre el BIRM*, en el que el Gobierno ecuatoriano dio su respaldo oficial al producto. A él acudieron distintos especialistas iberoamericanos que habían trabajado con el producto obteniendo buenos resultados. Las conclusiones del congreso fueron sólo publicadas entonces en España por la revista *Mas allá de la Ciencia* que dirigía el hoy director de esta revista, **José Antonio Campoy**, comprometido ayer como hoy en la búsqueda de tratamientos menos agresivos que ayuden a los pacientes de cáncer o Sida. Finalmente, la inestabilidad política que ha acompañado a Ecuador en los últimos años y sus escasos recursos económicos impedirían que ese apoyo se transformara en estudios científicos rigurosos. Sin embargo, aquel reportaje tuvo sus efectos en el campo de nuestra investigación: un bioquímico español interesado en los efectos del BIRM y en los antígenos urinarios del doctor mexicano **Salvador Capistrán** comenzó meses después una serie de contactos personales que le acabaron llevando a convencer a su universidad -un centro público madrileño- a realizar los estudios preceptivos necesarios para que, llegado el caso, se pudiera obtener su patente como medicamento. Lamentablemente para nuestro investigador, para la universidad que había ofrecido un acuerdo de colaboración único y para nuestro país, la investigación se interrumpió de forma inexplicable. El respaldo oficial de la universidad no sirvió para vencer las excesivas precauciones del doctor Cevallos, siempre sometido a un doble impulso: por un lado, obtener el reconocimiento internacional y oficial del BIRM como medicamento natural de múltiples posibilidades; por otro, ser precavido ante todo

aquel que se acerca al producto -a veces hasta el exceso- por miedo a que, en alguna de sus muchas maniobras, la industria farmacéutica se lo arrebate. La relación sufrió un distanciamiento que se convirtió en insalvable a pesar de la seriedad de quien llevaba a cabo la investigación en nuestro país. Nos consta que en todo momento pretendió proteger al producto y al investigador, y si no se publicaron algunos resultados muy esperanzadores fue precisamente con la intención de evitar maniobras indeseables sobre el producto hasta que no estuviera completamente definida su estructura. El caso es que el proceso entró en vía muerta y, finalmente, el doctor Cevallos decidió dejar la vía española. En cualquier caso, la experiencia abrió un campo de investigación en esa universidad sobre el mundo de las plantas que, a no pasar muchos meses, podría dar buenos resultados con otros productos y mezclas naturales y propios de culturas indígenas. Proteger en exceso el gran secreto, quizás una mala percepción, una expresión incorrecta, un malentendido enquistado en la distancia entre dos continentes, una falta de comprensión de los pasos necesarios a dar cuando se está bajo la tutela del dinero público -cualquiera de estas razones- se cruzó en el camino del doctor Cevallos. Y quizás pensando en que el proceso sería mucho más rápido o más seguro en una universidad norteamericana, ante la frustración de muchos se abandonó la "vía española". Sin embargo, con suponer esta decisión una decepción para el equipo de investigadores que apostó por impulsar el desarrollo del BIRM desde España, lo importante es que el primer paso hacia su validación científica como arma terapéutica contra el cáncer se ha dado por fin. El análisis que los investigadores madrileños nos hicieron del estudio norteamericano fue, a pesar de lo sucedido anteriormente, desapasionado: *"El trabajo está muy bien -se nos diría- . Hecho como debe ser; con rigor y criterio para que no haya dudas. Los planteamientos y discusión de resultados son coherentes. Se observa claramente que puede haber actividad contra el cáncer de próstata"* .

Queda abierta pues la posibilidad de que algún día una nueva fuente de salud llegue a enfermos de todo el mundo además de ser generadora de riqueza para un país muy necesitado de ella. Los dos problemas básicos que presenta esta planta son incluso ventajosos para el gobierno ecuatoriano: por un lado -según su creador-, la planta origen del producto no puede sintetizarse porque el resultado es tóxico; y, por otro, sólo crece bajo ciertas condiciones ambientales, a cierta temperatura, con un cierto grado de humedad y en un determinado suelo. Ambos factores benefician el desarrollo natural del producto. Según las cifras que el propio gobierno ecuatoriano barajó en el Congreso de Quito, las proyecciones realizadas por economistas

indican que la exportación del BIRM podría generarle al Ecuador unos ingresos de 14.000 millones de dólares al año en divisas.

Conclusiones del estudio sobre la eficacia del BIRM en cáncer de próstata

La eficacia del BIRM en el cáncer de próstata -se ha mostrado también eficaz en otros cánceres pero falta que nuevos estudios científicos lo avalen- es evidente. Los datos que lo certifican son excesivamente técnicos como para resumir toda la investigación pero ofrecemos los elementos más significativos:

En cuanto al producto: el informe parte de la convicción de que el valor medicinal del BIRM se debe a una variedad amazónica concreta de la planta *Dulcámara* cuyas características las definen los micronutrientes presentes en la tierra del Alto Amazonas donde crece.

En cuanto a los resultados: las pruebas "in vitro" demuestran que el BIRM no solo *"inhibe la proliferación de las células cancerosas"* sino que *"provoca su muerte por apoptosis"* (desintegración). Los estudios en ratas, por su parte, demostraron que *"reduce el crecimiento del tumor y la metástasis espontánea a los pulmones."*

Lo que todavía se ignora: el informe dice textualmente que *"una caracterización bioquímica preliminar y un estudio cromatográfico sugirieron que habría al menos cuatro sustancias activas presentes en el BIRM, tres con actividad citotóxica y una con actividad inhibitoria. Aunque el mecanismo por el que puede inhibir la metástasis es en la actualidad desconocido nuestros resultados sugieren que el BIRM es un inhibidor potente de una clase de enzimas cuyos niveles han sido puestos en correlación con la progresión del cáncer de próstata. No hemos determinado todavía si las tres especies citotóxicas presentes en el BIRM tienen la misma composición química pero diferentes longitud de polímeros. No obstante, los cuatro ingredientes activos eran estables al calor y es improbable que fueran proteínas o compuestos lípido-solubles. La inhibición de crecimiento del tumor en el modelo de cáncer de próstata en rata siguiendo la administración oral de BIRM sugiere claramente que los ingredientes activos del BIRM son absorbidos en el tracto gastrointestinal."*

Las certezas. Los resultados obtenidos se definen así en el informe: *"La reducción en la incidencia del tumor (33%) y del número de focos del tumor en los pulmones (>80%) en los animales tratados con BIRM sugiere que el BIRM puede ejercer como antiproliferativo y anti-metastásico. Se estima que el 20-40% de pacientes inicialmente diagnosticado con cáncer de próstata tienen localmente la enfermedad avanzada (fase C) o metástasis (fase D), y la cura de la metástasis todavía sigue siendo un desafío. Nuestra observación de que los*

cultivos celulares de cáncer de próstata tratados con BIRM mostraron una reducción significativa en la proliferación celular y sufrieron apoptosis indica que los ingredientes activos presentes en el BIRM tienen potencial para ser usados en el control avanzado del cáncer de próstata hormono-refractario. La muerte celular por apoptosis quizás sea uno de los mecanismos involucrados en la citotoxicidad inducida por el BIRM. El BIRM aumentó la apoptosis en tres líneas celulares de cáncer de próstata. Además de sus efectos citotóxicos, el BIRM se mostró como un inhibidor potente de metástasis. La dosis mínima recomendada de BIRM para el consumo humano es 4 ml/día (como se indica en la etiqueta de la botella), una dosis significativamente más baja de la que se usó en el estudio actual. Nosotros basamos la dosificación a las ratas en nuestras observaciones sobre su eficacia 'in vitro'. No encontramos ninguna toxicidad notable en las ratas a una dosis de 4 ml/kg. Dado su efecto en el crecimiento del tumor y la metástasis así como su nula toxicidad la inclusión del BIRM como complemento al tratamiento standard tiene el potencial de reducir la progresión de la enfermedad."

Conclusión: *"En resumen -dice el informe-, nuestro estudio constata que el BIRM muestra actividad citotóxica 'in vitro' contra ambos grupos de células de cáncer de próstata andrógeno-dependientes y andrógeno-independientes. Y más importante aún, reduce la incidencia del tumor, retarda su crecimiento y causa una reducción significativa en la metástasis en un modelo experimental de fase tardía de cáncer de próstata. Además, ninguna toxicidad se apreció en la administración continua de BIRM en un modelo con ratas vivas. Estas útiles propiedades del BIRM indican que está garantizada una investigación más extensa de su mecanismo de acción y ensayos clínicos sobre su resultado en cánceres de próstata avanzados."*

(XV) LA CURACIÓN DEL CANCER CÁNCER SEGÚN EL Dr. MATÍAS RATH

Los trabajos del doctor Matías Rath sobre la influencia positiva de las vitaminas, aminoácidos y diversos oligoelementos -en especial la lisina, la prolina y la vitamina C- como alternativa al tratamiento farmacológico de muchas de las enfermedades que hoy se consideran incurables -incluido el cáncer- le han llevado a enfrentarse abiertamente con la Medicina ortodoxa y la industria farmacéutica. Al punto de que ha terminado denunciando ante el Tribunal Internacional de La Haya al presidente George Bush y a las grandes corporaciones farmacéuticas por "*crímenes contra la Humanidad*". Sus investigaciones, basadas en la estructura y función de las

proteínas, le llevaron a desarrollar lo que denomina *Medicina Celular*. Rath afirma que prácticamente todas las enfermedades conocidas pueden controlarse o curarse.

La lucha contra el cáncer se caracteriza más por las derrotas sufridas que por las grandes victorias. Espectaculares anuncios con promesas curativas en los medios de comunicación ha habido muchos, resultados reales a la hora de curar la enfermedad pocos. A pesar de lo cual la actual estrategia oncológica -que consiste en luchar de forma directa y agresiva contra los tumores- sigue sin modificarse. Y no importa que haya sido denunciada muchas veces como inútil por médicos e investigadores criados y educados en el propio sistema. Tal es el caso del doctor **Matías Rath**, mundialmente conocido por denunciar de forma constante lo que ya hace años denominó *"el negocio de la enfermedad"*. Para Rath es un sinsentido el abordaje actual de numerosas enfermedades al entender que hay soluciones naturales mucho menos traumáticas, menos yatrogénicas y más eficaces que las quirúrgicas o las farmacológicas. Y, en ese sentido, afirma sin tapujos: *"El sector farmacéutico trata de retardar con su brutal poder algo que ya nadie va a poder detener: la evidencia de que la utilización de vitaminas y otras terapias naturales permite tratar de forma efectiva y sin efectos secundarios las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y otras muchas enfermedades"*.

Pero, ¿de quién hablamos? ¿Quién es Matías Rath? Pues alguien que nació en Stuttgart (Alemania) en 1955 y que, tras hacer la carrera de Medicina, empezó trabajando como médico e investigador en la Universidad Clínica de Hamburgo y, posteriormente, en el Centro Alemán de Cardiología de Berlín. Allí centraría sus investigaciones en encontrar las causas que provocan la arteriosclerosis -y, por ende, las enfermedades cardiovasculares- siendo así como se enteró -en 1987- de la conexión que hay entre la arterioesclerosis y la carencia de vitamina C. Es decir, Rath supo que la lipoproteína-a (molécula presente en el colesterol "malo" o LDL) sólo se deposita en las paredes de las arterias provocando la arteriosclerosis -con el consiguiente estrechamiento de las arterias- cuando en el organismo hay deficiencia de vitamina C. Y que, consecuentemente, basta tomar suficiente vitamina C -sustancia abundante en las frutas y verduras frescas- para prevenir y tratar prácticamente todas las enfermedades cardiovasculares. Una afirmación que provocó la particular batalla que el Dr. Rath mantiene hoy con la industria farmacéutica. No es de extrañar ya que si se le diera oficialmente la razón las decenas de fármacos que actualmente se usan en los problemas cardiovasculares y proporcionan tan pingües beneficios a las multinacionales se convertirían en inútiles por innecesarios.

*"Que la vitamina C estabiliza las paredes de las arterias se sabe desde hace 200 años cuando **James Lind** descubrió también que su déficit causa pérdida de sangre y el escorbuto. Ningún dirigente de compañía farmacéutica y ningún médico puede negar conocer este hecho. Luego, ¿por qué no se ha utilizado médicamente esa información para combatir las enfermedades cardiovasculares? Es más, ¿se marcó como dosis mínima diaria de vitamina C la cantidad de 60 mg. porque se sabía que era una cantidad suficiente para prevenir el escorbuto... pero lo suficientemente baja como para asegurarse de que las enfermedades cardiovasculares se convertirían en una epidemia?" Después de plantear tan insolente -y brutal- interrogante, Rath fue más allá aún en sus acusaciones: "Estoy convencido de que las compañías farmacéuticas saben desde hace décadas que un suplemento vitamínico óptimo llevaría al derrumbe del multimillonario mercado de fármacos de prescripción. A fin de cuentas, las vitaminas no son patentables y sus márgenes de ganancia son bajos". Y añade: "No debe extrañar que la supervivencia de la industria farmacéutica pasara por ello a depender de una doble estrategia: obstruir la investigación, información y uso de vitaminas y otras terapias naturales por todos los medios disponibles, y promover el engaño de que los fármacos sintéticos patentables son la respuesta a las enfermedades humanas."*

Es evidente que Rath apoyaba con sus palabras las investigaciones de **Linus Pauling**, galardonado dos veces con el *Premio Nobel* -el primero de Química, otorgado en 1954 por sus investigaciones sobre la estructura de las moléculas de las proteínas, y el segundo de la Paz (1962) por su acción a favor del desarme y su oposición a los experimentos nucleares- quien atribuía a la vitamina C un poder regenerativo y protector capaz de retardar los procesos de envejecimiento merced a su capacidad para combatir los efectos negativos de los radicales libres, moléculas inestables con carga eléctrica que afectan negativamente a las funciones celulares. No es de extrañar, pues, que en 1990 accediera trasladarse a Estados Unidos aceptando el ofrecimiento que se le hizo para hacerse cargo del *Instituto Linus Pauling de Investigación Cardiovascular*. Sólo dos años más tarde -en 1992- el Dr. Rath desarrollaba lo que hoy se conoce como Medicina Celular, fruto de sus investigaciones sobre el apasionante mundo de la célula.

TRATANDO EL CÁNCER

Interesado en saber cómo combatir la enfermedad, Rath elegiría -de entre todas las posibles formas de abordar el problema- estudiar los mecanismos celulares que utiliza el cáncer para extenderse por el organismo afectando a distintos órganos. A fin de cuentas, un tumor

situado en una zona concreta y limitada del cuerpo no suele constituir un peligro vital. Por el contrario, cuando el cáncer se extiende (metástasis) sí existe una clara amenaza para la vida. De hecho, de los procesos cancerosos con resultado mortal alrededor del 90% tienen su origen en la metástasis, en la irrupción de células cancerosas en otros órganos y tejidos. Pues bien, Rath afirma que para poder extenderse las células cancerosas segregan unas enzimas que descomponen el tejido conjuntivo circundante facilitando así el camino hacia otros órganos del cuerpo.

Entender ese proceso fue la primera fase de su investigación. La siguiente fue buscar cómo evitarlo. Y Rath asegura que las investigaciones desarrolladas por él y su equipo de colaboradores les han permitido finalmente identificar varias sustancias biológicas naturales que impiden la propagación de las células cancerosas. Los resultados -afirman- muestran no sólo una ralentización del crecimiento de las células cancerosas sino una interrupción completa en muchos tipos de cáncer.

Esas sustancias son todas, sin excepción, de origen natural: vitaminas, aminoácidos, extractos de plantas o nutrientes fundamentales para la célula. En resumen, sustancias naturales que mantienen las células sanas. Y que, a diferencia de las terapias convencionales contra el cáncer -la Quimioterapia y la Radioterapia-, no producen efectos secundarios yatrogénicos. Una terapia contra el cáncer que se fundamenta en la ya mencionada Medicina Celular. Veamos en qué consiste.

ENTENDER LA CÉLULA

Matías Rath asevera que las enfermedades tienen su origen básicamente en dos factores detectables a nivel celular: la falta de combustible biológico en la central de energía de la célula -la mitocondria- y el funcionamiento defectuoso del núcleo, centro de control metabólico de la misma. Veámoslo más detenidamente.

1) La falta de combustible biológico en la central de energía de la célula (mitocondria). Según Rath, una de las principales causas de las enfermedades -especialmente las coronarias- se debe a un insuficiente suministro de combustible biológico, de los nutrientes que son imprescindibles para la transformación de los alimentos en la energía que se precisa para efectuar las numerosas reacciones metabólicas del cuerpo. Y de ahí que, por regla general, baste un correcto suministro de vitaminas y otras sustancias bioenergéticas para prevenir las enfermedades e, incluso, revertir la situación en muchos casos de patologías ya manifestadas.

2) Enfermedades debidas a un defecto en el programa metabólico de las células (núcleo). Del mismo modo que los virus

informáticos trastornan las funciones normales de los ordenadores, las células -por diversas razones- pueden llegar a estar bajo el control de un "programa" enfermo. Los principales daños causados por esas órdenes erróneas son una multiplicación incontrolada de las células y, al mismo tiempo, el descontrol en la organización del tejido conjuntivo circundante que permite que las células enfermas se extiendan. Este proceso es el que termina llevando a la aparición de las enfermedades infecciosas y el cáncer.

Y es que, según Rath, tanto **las enfermedades infecciosas como el cáncer se expanden por el organismo disolviendo el colágeno del tejido conjuntivo adyacente**. Es decir, para que una infección -esté producida por un virus o una bacteria- o un grupo de células cancerígenas puedan diseminarse por el organismo deben ser capaces de disolver temporalmente el colágeno -la principal molécula estructural de los huesos, la piel, las paredes de los vasos sanguíneos y demás órganos- del tejido circundante que les rodea. Deben "abrirse camino". Y para ello utilizan unas enzimas -proteínas- susceptibles de disolver y debilitar provisionalmente el colágeno y que por eso se conocen como "enzimas disolventes de colágeno".

DISOLUCIÓN Y REPARACIÓN DEL COLÁGENO

Hay que decir en ese sentido que una de las más fascinantes funciones para las que nuestro organismo utiliza precisamente este mecanismo de disolución de colágeno es el proceso de ovulación de la mujer. Los cambios hormonales que se producen cada mes durante la primera mitad del ciclo femenino estimulan determinados tipos de células que construyen una pared alrededor del óvulo en vías de maduración (folículo). Esa células producen grandes cantidades de enzimas susceptibles de disolver colágeno hasta que a mitad del ciclo el óvulo maduro acumula tantas que son ya capaces de romper temporalmente el tejido colágeno de la pared ovárica. Se trata de un mecanismo que se repite todos los meses permitiendo que el óvulo se mueva del ovario a la matriz (útero) pasando por la trompa de Falopio. Es obvio que este mecanismo ha de producirse en un momento preciso y un lugar muy específico. Asimismo, debe garantizar que solamente madure y se mueva un óvulo por ciclo. Por eso es absolutamente necesario que exista un perfecto equilibrio temporal y fisiológico entre las enzimas disolventes de colágeno y el mecanismo que las bloquea y activa la autorregeneración del tejido. Para lograrlo, en cuanto el óvulo abandona el ovario la actividad de las enzimas disolventes de colágeno queda bloqueada por la acción de una serie de inhibidores enzimáticos que produce el propio organismo. Así la balanza se inclina a favor de los mecanismos productores de colágeno que acaban prevaleciendo sobre el proceso destructor del mismo. Gracias a tal mecanismo el

tejido de la pared ovárica se cura y se cierra rápidamente. Cuatro semanas más tarde, durante el próximo ciclo, todo el proceso se repite. Y en las mujeres sanas seguirá repitiéndose hasta la menopausia.

Pues bien, Rath afirma que las células cancerígenas -de todos los tipos- forman tumores que se extienden con la ayuda del mismo mecanismo: la disolución de los tejidos adyacentes.

Un cáncer no es sino la multiplicación incontrolada de una célula -por razones aún sin determinar- que terminan formando un tumor. Y según Rath, esas células, con el fin de poder seguir expandiéndose, producen una gran cantidad de enzimas destinadas a destruir el colágeno del tejido conjuntivo adyacente que se lo impide. Una vez lo logran las células cancerosas llegan hasta los vasos capilares y desde ellos pasan a la sangre, lo que las permite diseminarse por el cuerpo e invadir otras zonas u órganos. También pueden expandirse a través del plasma. Llegadas a una nueva zona del cuerpo, las células cancerosas se agrupan y comienzan a multiplicarse hasta desarrollar un segundo tumor: la metástasis se ha completado.

La rapidez con que el cáncer se extiende a través del cuerpo depende del número de enzimas producidas por la célula cancerosa.

Obviamente, cuanto más rápida sea la extensión de la enfermedad más se reduce la expectativa de vida del paciente.

LA NATURALEZA NOS ENSEÑA EL CAMINO

¿Y qué se puede hacer? Como hemos visto en el proceso de ovulación, la propia naturaleza tiene mecanismos de control de la actividad enzimática. Y lo hace merced a dos grandes grupos de moléculas que pueden bloquear el mecanismo de asimilación y disolución de colágeno. Al primer grupo pertenecen los inhibidores propios de nuestro organismo que son capaces de poner fin a la acción de las enzimas disolventes de colágeno en muy poco tiempo. Y así ocurre normalmente. Sin embargo, en el caso de enfermedades infecciosas graves o de cáncer es evidente que a veces no es suficiente. El segundo incluye las sustancias inhibidoras de enzimas que provienen de nuestra dieta -o de suplementos dietéticos- y que nos permiten levantar una segunda línea de defensa en la protección del colágeno. Bueno, pues según Rath el elemento más importante de este segundo grupo es un aminoácido natural: la lisina. Y afirma que si se toma una cantidad suficiente de lisina a través de algún suplemento dietético pueden bloquearse las enzimas disolventes de colágeno y prevenir así la degradación del tejido conjuntivo. Es decir, se trataría sobre todo de un eficaz agente preventivo. Pero también combate el cáncer en sinergia con otras sustancias: *"Cuanto más agresivo es el tipo de cáncer -afirma Rath- más enzimas colágeno-digestivas de este tipo*

produce. Y se puede disminuir o detener completamente esa producción desmesurada de enzimas capaces de destruir el tejido usando los aminoácidos lisina y prolina combinados con vitamina C y algunos otros micronutrientes. Recientemente, nuestra investigación ha establecido que todos los tipos de células cancerosas estudiadas se pueden bloquear aprovechando esta sinergia de nutrientes al bloquear la acción de esas enzimas".

Se trata, en suma, de un tratamiento que pretende corregir el equilibrio perdido proporcionando al organismo una concentración elevada y prolongada de lisina a fin de poner fin al proceso de desintegración. Hay que añadir que el bloqueo que se consigue con la lisina no puede fallar por exceso según el equipo de Rath ni siquiera cuando se ingieren cantidades elevadas del orden de 10 o más gramos diarios. Por eso la ingesta de grandes dosis de este aminoácido esencial da tan buenos resultados en el tratamiento de todos los tipos de cáncer.

Ya en 1977 un grupo de investigación sueco dirigido por el Dr. **Astedt** -de la *Universidad de Lund*- informó de la eficacia de los inhibidores enzimáticos en el tratamiento del cáncer de mama: *"Se estaban ya desarrollando tumores secundarios en el cerebro de la paciente que sufría cáncer de mama -explica en su informe el médico sueco-. Y mientras la radioterapia y la quimioterapia no surtieron efecto alguno, el tratamiento a base de inhibidores enzimáticos produjo una reducción de las metástasis cerebrales y de los demás síntomas de la enfermedad. Un año después del tratamiento el paciente había superado la enfermedad."*

ALGO MÁS SOBRE LA LISINA

Decíamos antes que la lisina es un aminoácido -uno de los más importantes ya que interviene en funciones como el crecimiento y la reparación de tejidos además de colaborar en la síntesis de anticuerpos y hormonas- que debe de ser suministrado a través de un suplemento dietético. Y eso es así porque el organismo no lo sintetiza, es decir, no puede fabricarlo por sí mismo. Pero, ¿qué es un aminoácido? Para entenderlo conviene que hagamos un mínimo acercamiento a la biología de la célula. Y lo vamos a hacer de forma sencilla.

Todas las funciones metabólicas del organismo humano se rigen por un *lenguaje biológico*. Un lenguaje en el que las *letras* serían los **aminoácidos** (actualmente se conocen 25 básicos). Y esos aminoácidos pueden combinarse entre sí de muy diferentes formas dando lugar a *palabras* -los **péptidos**- y éstas a *frases* -las **proteínas**-. Sólo que en este "lenguaje" cada letra por separado -cada aminoácido- desempeña importantes funciones metabólicas

"individuales".

Cabe añadir que cuando el propio organismo puede sintetizar los aminoácidos -es decir, producirlos a partir de otros elementos- se les llama aminoácidos *no esenciales*. Y si, por el contrario, no puede producirlos y debe obtenerlos de fuentes externas se les denomina aminoácidos *esenciales*. En suma, han de obtenerse a través de la dieta porque son imprescindibles para la vida.

Pues bien, hay que decir que en el grupo de los aminoácidos esenciales la lisina ocupa un lugar primordial, similar al que ocupa la vitamina C en el grupo de las vitaminas. Y como en el caso de ésta, la cantidad diaria requerida de lisina es superior a la de los demás aminoácidos. Piénsese que aproximadamente un 25% del colágeno -la base estructural de los huesos, la piel, las paredes de los vasos sanguíneos y los demás órganos- está básicamente formado por dos aminoácidos: la lisina y la prolina. Por eso además de ser importante en el tratamiento del cáncer juega un destacado papel en el desarrollo del sistema locomotor.

Además participa en la síntesis del aminoácido carnitina, muy importante en la generación de energía de la célula a través del metabolismo de las grasas; por consiguiente, es igualmente vital para un óptimo funcionamiento del músculo cardíaco.

Asimismo, la lisina colabora en la síntesis de la hormona del crecimiento en la hipófisis. De ahí que su carencia -junto a la de otros aminoácidos esenciales- se haya relacionado con cuadros de retrasos y disfunciones cerebrales. De hecho, la OMS considera la lisina uno de los aminoácidos "críticos" para una adecuada nutrición y un desarrollo infantil idóneo.

Dicho lo cual, suponemos que el lector se estará preguntando si con la alimentación obtenemos suficiente lisina. Y la respuesta es que en muchos casos no porque se trata de un aminoácido que se destruye en gran parte al cocer o freír los alimentos. Y otro tanto ocurre cuando se congelan. Por eso es recomendable ingerirlo como suplemento, preferiblemente combinado con alguna de estas sustancias: vitamina B2, B6, C, niacina, ácido glutámico y hierro. En cuanto a las fuentes alimenticias ricas en lisina destacan el pescado, el pollo, los huevos, la leche y, ya en mucho menor medida, los cereales, frutos secos y legumbres. Los mejores resultados se observan cuando se combina con una dieta rica en vitamina C y baja en *arginina* ya que se trata de aminoácidos antagónicos o competitivos para algunas funciones.

Cabe añadir que el hecho de que el organismo pueda almacenar una elevada cantidad de este aminoácido demuestra hasta qué punto es importante para nuestra salud. El cuerpo de una persona que pese 70 kg. alberga en todo momento alrededor de 500 gramos de lisina. Por eso sufrir una sobredosis de lisina, según el Dr. Rath, es tan imposible

como sufrir una sobredosis de vitamina C. Nuestro metabolismo está acostumbrado a manejar grandes cantidades de ambas sustancias y puede deshacerse de su sobrante cuando quiera y sin problemas. En realidad es más frecuente lo contrario: está constatado que hoy día casi todo el mundo padece deficiencia crónica de lisina.

OTRAS ENFERMEDADES GRAVES

Por otra parte, según recoge el Dr. Rath en su libro *Avance de la Medicina Celular*", las aplicaciones terapéuticas de la lisina en la lucha contra las enfermedades no están limitadas al cáncer: *"En los pacientes con **arteriosclerosis** -afirma- la lisina puede poner fin a la expansión y al crecimiento de las placas depositadas en las arterias del corazón y del cerebro. Al mismo tiempo, se puede iniciar un proceso terapéutico natural de las paredes arteriales a base de vitaminas y otros suplementos dietéticos. Con respecto a las enfermedades que tienen su origen en un virus, como es el caso de la **gripe**, los **herpes** y el **sida**, o que son causadas por bacterias, como las **infecciones pulmonares**, del **oído interno** o de la **vejiga**, la lisina puede detener o frenar la expansión agresiva de las mismas. La ingesta de una combinación de altas dosis de vitamina C y otros suplementos dietéticos puede aportar beneficios adicionales. Incluso en pacientes que sufren **una inflamación crónica del estómago, intestino, articulaciones o huesos** el uso de lisina puede ayudar a controlarla. Eso sí, para que el tratamiento de las inflamaciones crónicas resulte eficaz debe incluir necesariamente elevadas dosis de lisina en combinación con otros nutrientes dietéticos importantes. También los **problemas alérgicos** más comunes, como **la fiebre del heno**, la **neurodermatitis** o la **urticaria** pueden beneficiarse de una terapia a base de lisina puesto que puede aliviar y prevenir la enfermedad. En estos casos también es recomendable combinar la lisina con vitamina C y otros suplementos dietéticos."*

SUSTANCIAS ANTICANCERÍGENAS

Las investigaciones del Dr. Rath le han llevado a formular en estos años una lista de sustancias que, además de la vitamina C y los aminoácidos lisina y prolina, son a su juicio fundamentales para impedir eficazmente la propagación de las diferentes formas de cáncer atendiendo al hecho de que, en su opinión, la expansión del cáncer -como la de las enfermedades infecciosas- se produce por destrucción del colágeno del tejido conjuntivo. De ahí que se haya centrado especialmente en las sustancias que lo impiden. Hablemos brevemente de todas ellas.

La vitamina C.

No sólo protege las células sanas ayudando tanto a impedir la arterioesclerosis como la propagación del cáncer sino que promueve el suicidio -apóptosis- de las células cancerosas. Además, combate los radicales libres. Ahora bien, la vitamina C es más eficaz -a juicio de Rath- cuando se ingiere en la forma liposoluble del palmitato de ascorbilo.

La lisina y la prolina.

Se trata de dos aminoácidos naturales -el primero de ellos es uno de los diez *esenciales*- que cumplen la función de "ladrillos" de las fibras del colágeno y la elastina. El primero de ellos, la lisina, evita la descomposición del colágeno al inhibir los efectos de las collagenazas por lo que desempeña un papel fundamental en la protección del tejido conjuntivo y, por tanto, en la expansión del cáncer y las infecciones, como ya se ha explicado. Ahora bien, al igual que ocurre con la vitamina C la lisina no la produce el cuerpo y, sin embargo, nuestra salud depende de que la tengamos en cantidad suficiente. Debemos pues procurar conseguirla con la dieta o con suplementos dietéticos.

La epigallocatequina galato (EGCG).

Se trata de una catequina presente en los polinefoles -especialmente del té verde- que previene la aparición del cáncer y frena su propagación al inhibir la uroquinasa, enzima fundamental para el crecimiento de un tumor. Tiene pues propiedades antimutágenas y antiproliferativas. Además, los polifenoles son potentes antioxidantes que neutralizan los radicales libres y protegen a las células.

El selenio.

Componente fundamental del sistema de defensa antioxidante del cuerpo protege además a las células frente a las toxinas. Frena el crecimiento tumoral en los primeros estadios de propagación del cáncer.

La N-acetilcisteína (NAC).

Se trata de un potente antioxidante, fundamental para la producción de glutathione, otro eficaz antioxidante. Contribuye también a proteger el tejido conjuntivo evitando su destrucción.

La arginina.

Hablamos de otro aminoácido, imprescindible en elevadas cantidades en casos de estrés, lesión o enfermedad. La arginina no sólo mejora el rendimiento del sistema inmunitario sino que evita la multiplicación de las células tumorales. Las mayores concentraciones de arginina se hallan en el tejido conjuntivo.

El cobre.

Indispensable para numerosas funciones corporales, sobre todo para garantizar una adecuada estructura y estabilidad del tejido conjuntivo y protegerlo frente a los radicales libres.

LA LUCHA CONTRA EL SISTEMA FARMACEÚTICO

Cabe añadir que para Rath no sólo el cáncer sino la práctica totalidad de las enfermedades constituyen sólo un negocio para los grupos de poder que manejan el mundo. Y de ahí que promoviera la creación de una fundación que lleva su nombre desde donde ha efectuado diversas iniciativas para dar a conocer los métodos naturales de prevención y tratamiento de las enfermedades en contraposición a los métodos de la medicina farmacológica.

Es el caso del programa de 10 puntos que con el nombre de *Salud para todos en el año 2020* se presentó en Johannesburgo en agosto del pasado año durante la reunión anual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la presentación en La Haya de *The People's Agenda*, toda una *Constitución para un Nuevo mundo de paz, salud y justicia social para todos*. Constitución en la que puede leerse, dentro del apartado referido al *Derecho a la salud*, lo siguiente: *"Nosotros, las personas del mundo, estamos determinadas a defender nuestro derecho a la salud con todos los medios pacíficos disponibles. Y nos aseguraremos de que el negocio farmacéutico con la enfermedad y la promoción deliberada de enfermedades para lucro de las corporaciones sea proscrita a nivel mundial. Llevaremos ante la Justicia a aquellos que deliberadamente promueven las enfermedades y a quienes impiden la libre información sobre terapias naturales no patentables que permitan salvar vidas. Proporcionando salud a nuestras comunidades y llevando a cabo los programas nacionales de cuidado de la salud, nos centraremos en aproximaciones naturales a la salud, eficaces y seguras. La primera meta de cualquier estrategia de cuidado de la salud es la prevención y desarraigo de las enfermedades."*

Pues bien, cumpliendo con esa declaración de intenciones, el pasado 14 de junio el Dr. Rath presentó personalmente *"en nombre de todos los pueblos del mundo"* ante el Fiscal de la Corte Penal Internacional de La Haya una denuncia por *"genocidio y otros crímenes contra la humanidad perpetrados en relación con el 'negocio con las enfermedades' de la industria farmacéutica y la reciente guerra de Irak"*. Entre los acusados se encuentran varios altos cargos de la Administración norteamericana -con **George Bush** a la cabeza, el Primer Ministro británico **Tony Blair** y los directivos de las grandes multinacionales farmacéuticas. Las acusaciones recogidas en la denuncia en lo que se refiere a los cargos presentados por los delitos relacionados con la industria farmacéutica son los siguientes: *"-Los acusados mantienen, intencionada y sistemáticamente, enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca, las complicaciones diabéticas y otras patologías además del cáncer, las enfermedades infecciosas -como el SIDA-, la*

osteoporosis y muchas de las afecciones más comunes hoy en día, cuando todas ellas son evitables en buena medida por medios naturales. Los acusados han provocado deliberadamente sufrimiento innecesario y la muerte prematura de cientos de millones de personas.

-Los acusados evitan, intencionada y sistemáticamente, la erradicación de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y otras patologías mediante la obstrucción y el bloqueo de la difusión de información sobre los beneficios de las terapias naturales no patentables, una información que podría salvar muchas vidas. Por consiguiente, los acusados han causado deliberadamente más sufrimiento innecesario y la muerte prematura de cientos de millones de personas.

-Los acusados extienden, intencionada y sistemáticamente, las enfermedades existentes y crean nuevas enfermedades mediante la fabricación y comercialización de productos farmacéuticos que alivian los síntomas a corto plazo pero tienen efectos secundarios conocidos y perjudiciales a largo plazo. Por consiguiente, los acusados han causado deliberadamente más sufrimiento innecesario y la muerte prematura de cientos de millones de personas."

Suponemos que el lector, tras leer estas palabras, entiende por que Matías Rath es una persona muy "incómoda" para la industria farmacéutica. Y probablemente se pregunte por qué no han ido a por él. El mismo Rath contesta a ese interrogante: *"La única razón por la que la industria farmacéutica no ha tomado represalias contra mí es porque vinculé ese 'negocio de la enfermedad' sin escrúpulos con los mayores crímenes cometidos contra la humanidad en el siglo XX: el asesinato masivo durante la Segunda Guerra Mundial. Es un hecho histórico que el mayor cártel europeo petroquímico y farmacéutico financió la toma del poder de Hitler hace 70 años. La Segunda Guerra Mundial fue primordialmente una guerra por la conquista de los recursos naturales de la Europa del este y de Asia. El Tribunal de Guerra de Nüremberg de 1946/47 declaró que la Segunda Guerra Mundial no hubiera sido posible sin ese cártel petroquímico, llamado I. G. Farben. Por eso el tribunal decidió dividir I. G. Farben en Bayer, BASF y Hoechst. Y algunos de sus directivos fueron sentenciados por comenzar una guerra en contra del Derecho Internacional, por asesinato masivo y por la explotación y saqueo de la propiedad pública y privada en países extranjeros además de por otros crímenes contra la humanidad. La historia de lo que había a nivel empresarial tras la Segunda Guerra Mundial está documentada en el libro de **Josef Borkin**, "El crimen y el castigo de I. G. Farben". Puede encontrarse la documentación en la página web de nuestra fundación. Por eso desde el comienzo mismo de mi estrategia de desenmascaramiento la industria farmacéutica ha estado a la defensiva. Por eso no es ninguna*

sorpresa que no se hayan atrevido a tomar represalias o a iniciar un pleito contra mí por injurias y calumnias".

Como nuestros lectores pueden comprobar, Matías Rath no se anda por las ramas. Y se expresa y actúa sin miedo. A pesar de que sus denuncias son demoledoras. Por eso, una vez contados sus descubrimientos y explicada cuál es su propuesta para combatir el cáncer y las enfermedades infecciosas, quisimos hablar a fondo con él. Accedió. Daremos a conocer nuestra conversación el próximo número. Hasta entonces.

SE CURA DE UN CÁNCER DE GRADO III EN SÓLO UN MES... CON ¡HIPNOSIS!

Ángel Mateo Blanco -62 años- se dio cuenta un día de que **orinaba sangre. Comenzaba así un ir y venir que terminaría con un preocupante diagnóstico: cáncer. Técnicamente, un "carcinoma de células transicionales grado III que infiltra la capa muscular".** Y tras extraerle el tumor los especialistas sólo le dejaron una salida: **extirparle por completo la vejiga y la próstata haciendo una desviación urinaria a la piel o al recto y seguir luego un tratamiento con quimioterapia. Angel Mateo se negó a tanto destrozo físico y psicológico optando por tratarse el cáncer con hipnosis clínica! generando mentalmente hipertermia. Un mes después el Instituto Valenciano de Oncología confirmaría que el cáncer había desaparecido. Hemos hablado con él.**

Ángel Mateo ha sufrido en su vida experiencias emocionales muy intensas y traumáticas... pero hasta finales de febrero de este año nunca había sentido que el mundo se abría a sus pies. ¿La causa?: los resultados del estudio anatomopatológico de su tumor eran concluyentes: **"Descripción macroscópica: Múltiples fragmentos papilares que en conjunto miden 3'5 cm. Diagnóstico: biopsia vesical; carcinoma de células transicionales grado III de Mostofi que infiltra la capa muscular (grado B de Jewet)".** En otras palabras, **cáncer de vejiga.**

UN PROCESO HABITUAL

Las cosas habían empezado a ir mal casi un año antes -en mayo del 2002- cuando aparecieron unas gotas de sangre en su orina. Ángel visitó entonces al médico de cabecera y éste pidió unos análisis en busca de una posible infección. Pero los antibióticos que le recomendaron ayudaron poco y la hemorragia terminó por obligarle a ingresar de urgencia algún tiempo después. Las primeras pruebas radiológicas tampoco aclararon las cosas. Las molestias continuaron y,

coincidiendo con un cambio de domicilio, su médico también cambió. Comenzarían entonces las prisas y una ecografía terminaría descubriendo la existencia de un tumor de algo más de tres centímetros.

Los recuerdos de aquello siguen muy vivos en Ángel Mateo: *"Los médicos me dijeron que no había otro remedio que intervenir quirúrgicamente por lo que prepararon rápidamente la operación, una resección trans-uretral. Y el 6 de febrero de ese año el equipo de Urología me extirpaba el tumor en el Hospital General de Valencia enviándolo luego a Anatomía Patológica para su análisis".* ¿Sería benigno o maligno? El resultado no se haría esperar demasiado y situaría a Ángel ante la misma tragedia que miles de españoles viven cada año: tenía cáncer. Las siguientes horas estarían marcadas por la angustia y el miedo.

"Me entregaron el informe el 11 de Marzo -nos contaría- y en él se decía que se trataba de un tumor papilar de células transicionales infiltrante de grado III de Mostofi que ya había pasado fuera de la vejiga si bien estaba, de momento, infiltrando la capa muscular (grado B de Jewett) y al parecer no se había extendido. Así que me hicieron un TAC para comprobar hasta dónde había traspasado exactamente y en qué condiciones. Los resultados de las pruebas me los darían el 16 de Abril con la conclusión de que era necesario extirpar tanto la vejiga como la próstata. El equipo de Urología me entregó, para que lo firmara, un consentimiento informado a fin de hacerme una cistectomía total y efectuar la operación de inmediato".

Cis-tec-to-mía. Extraña palabra, difícil de pronunciar, que esconde un terrible drama. El documento que entregaron a Ángel para que diera su conformidad, con todos los riesgos que la operación comporta, contenía la explicación del proceso en sólo 8 líneas: *"Cistectomía radical: es una intervención que consiste en la extirpación de la vejiga. En el hombre, habitualmente, se extrae la próstata y, en el caso de la mujer, la matriz. Una vez extraída la vejiga el cirujano tiene que optar entre: 1) Derivar la orina a la piel, en cuyo caso llevará un colector para recoger la orina o se tendrá que sondar. 2) Derivar la orina al recto, orinando por éste. Y, 3) Reconstruir una vejiga con intestino pudiendo realizar entonces la micción de forma natural a través de la uretra."*

Seguía una línea de texto para describir los posibles beneficios: *"A) Eliminación de la vejiga enferma y B) Desaparición de los síntomas derivados de la vejiga enferma"*. Tales eran los "beneficios". En cambio, se dedicaban 24 líneas a describir los posibles efectos secundarios o complicaciones. Eso sí, tan sólo una vez aparecía la palabra muerte en el documento. Cuando se explica que puede producirse una *"hemorragia incoercible, tanto durante el acto*

quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde la gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte como consecuencia directa del sangrado, o por efectos secundarios de los tratamientos empleados."

Luego, al describir los posibles efectos secundarios, el documento "tranquiliza" al lector diciendo que son *"posibles pero no frecuentes"* para, a continuación, reconocer tácitamente que podría producirse parálisis intestinal, obstrucción intestinal, peritonitis, infecciones diversas, eventración intestinal, defectos estéticos, neuralgias, impotencia... Y todo ese destrozo sin garantizar la curación. Es más, le dijeron que al final, cuando el proceso quirúrgico hubiera terminado, debería enfrentarse a la Quimioterapia.

Tras analizar el panorama, Ángel se negó. Y decidió buscar nuevas esperanzas en el Instituto Valenciano de Oncología. *"Conseguí ser atendido en él -nos diría- el 13 de Mayo y me citaron para hacer nuevas pruebas el 20".*

Hay que decir que hasta ese momento el proceso sufrido por Ángel Mateo fue similar al de otros miles de enfermos diagnosticados de cáncer. Sin embargo, había algo que hacía este caso diferente: Ángel practicaba la hipnosis clínica tras formarse en la Academia Valenciana de Parapsicología. Y merced a su propia experiencia como hipnoterapeuta conocía de primera mano sus beneficios en la solución de problemas emocionales: fobias sociales, depresiones, patologías relacionadas con la ansiedad, neurosis, bulimia, anorexia, y drogodependencias. Incluso había conseguido mejorar problemas musculares a través de la hipnosis. Sin embargo, nunca había tratado un problema como el suyo así que decidió acudir a su profesor y director de la Academia Valenciana de Parapsicología, **Jesús Genaro**, poniéndose en sus manos para iniciar de inmediato un tratamiento y tratar el cáncer con hipnosis. Eligiendo como terapia un tratamiento de hipertermia... iinducido hipnóticamente!

Es decir, Jesús Genaro dedicó 5 sesiones a provocar en el organismo de Ángel mediante inducción hipnótica una situación de hipertermia -o aumento de temperatura- en la zona del tumor. La idea era "quemarlo" mentalmente... *"Es muy útil acudir a metáforas para proceder a la "limpieza" mediante calor de la zona tratada, empleando supuestos útiles como una barra de hierro candente, alambres mas fino igualmente candentes, ejércitos de hombrecitos blancos que limpian todo (glóbulos blancos), etc, etc"*. Cinco sesiones en las que el cáncer fue incendiando mentalmente hasta conseguir así su desaparición física. Las dos primeras sesiones de terapia hipnótica se efectuarían en abril -los días 25 y 30- y las tres siguientes en mayo: los días 3, 10 y 17.

-El 20 de Mayo, tres días después de la quinta sesión con hipnosis -nos contaría Ángel-, acudí al Instituto Valenciano de Oncología a la cita programada. Allí me hicieron una urografía, una radiografía y una analítica completa. Los resultados se me entregarían el 5 de Junio. Y el médico que me atendía, sorprendido, tuvo que confesar que todo parecía correcto, que no encontraba nada de lo que se esperaba. En otras palabras, que el cáncer había desaparecido. Ni siquiera había marcadores. Es más, no encontró nada que indicara que allí hubiera habido tumor alguno salvo una cicatriz que se apreció en la endoscopia.

-¿Y cómo reaccionó su médico?

-Encargando un nuevo TAC, algo que me hicieron el 26 de Junio. Los resultados me los darían el día 10 de Julio y confirmaron la situación: no aparecía nada de nada. A pesar de lo cual, y para mayor seguridad -aunque yo creo que con afán de investigación también-, me hicieron una nueva endoscopia el 14 de Julio durante la cual tomaron una muestra de la zona de la cicatriz para analizarla. El resultado lo tendríamos el día 29 de Julio: todo aparecía limpio, incluso la capa muscular. Los médicos dieron por concluida la investigación confirmando que el cáncer había desaparecido y recomendando sólo hacer el seguimiento clásico en el tiempo por elemental prevención.

-Desde que se negó usted a ser quirúrgicamente intervenido hasta que confirmaron la desaparición del cáncer, ¿tomó algún medicamento? ¿Le dieron quimioterapia o radioterapia?

-No, no recibí ningún tipo de tratamiento puesto que los médicos pensaban que se me iba a extirpar toda la zona.

El Instituto Valenciano de Oncología, tras realizar la endoscopia en julio, confirmaría que el cáncer había efectivamente desaparecido:

"Diagnóstico: CA VESICAL. **Tratamiento efectuado:** Con fecha 14-07-03 se realizó citoscopia, donde se objetiva de buena capacidad y área cicatricial en hemitrígono izquierdo, tomándose muestra de la cicatriz, base y citología....**Motivo de alta:** Curación o mejoría.

-Bueno, ¿y cómo reaccionaron sus médicos?

-Yo diría que su reacción fue una mezcla de estupefacción y sorpresa. Les expliqué que había hecho un tratamiento terapéutico con hipnosis pero yo creo que cuando se les habla a muchos médicos de ello piensan en la tradicional hipnosis de exhibición, no alcanzan a comprender la magnitud de la hipnosis fisiológica. En el Hospital General, el médico que me atendió - de gran prestigio, por cierto- se limitó a darme la enhorabuena dándose a continuación media vuelta. En el Instituto Valenciano de Oncología parece que tienen más interés. Uno de los médicos mostró su interés por conocer mas de cerca esta técnica. Quien sí ha mostrado un gran interés es el doctor **Pablo Enríquez**, presidente de la Asociación contra el Cáncer de Alicante.

Pero, en general, la respuesta de los médicos es parecida a la de la gente de la calle: incredulidad y desconfianza. Sencillamente, piensan que no es posible y lo rechazan.

LA HIPNOSIS COMO SOLUCIÓN MÉDICA

No deja de ser curioso que a los médicos les cueste tanto aceptar que la hipnosis puede ser efectiva en patologías graves cuando no tienen en cambio inconveniente en creer en las llamadas "remisiones espontáneas", concepto con el que se califican las curaciones milagrosas e inexplicables. ¡Como si tal cosa fuera posible! A fin de cuentas, todo proceso orgánico tiene un porqué. De ahí que no investigar la causa de que un cáncer pueda desaparecer mediante una técnica terapéutica como la hipnosis -de la que la mayoría desconoce casi todo- esconde sólo miedo, soberbia o ambas cosas. Pero, sobre todo, denota una actitud acientífica. Especialmente cuando está sobradamente constatado que la hipnosis puede ser una herramienta terapéutica de primer orden (ahí está la excelente obra de **Joaquín Grau**, *Tratado teórico-práctico de Anatheóresis*, para corroborarlo). O, como en este caso, el testimonio de Jesús Genaro, el hipnoterapeuta que trató a Ángel Mateo y que lleva dedicándose a la hipnosis clínica desde hace 20 años.

-Parece mentira que a estas alturas siga poniéndose en duda en España -en otros países no ocurre- la eficacia terapéutica de la hipnosis...

-Sí -nos respondería Jesús Genaro-, porque los resultados de la terapia hipnoidea son sobradamente conocidos. Y no sólo en el área oncológica, que reconozco espectacular, sino en otras muchas, especialmente en la psicológica donde los trastornos emocionales y de conducta son tratados muy a menudo con excelentes resultados. Casos en los que la vida de la persona no está normalmente en peligro, es verdad, pero sí su calidad de vida. Porque con la hipnosis es habitual solucionar traumas que han tardado años en generarse en sólo uno o dos meses. Y ya sé que esto no resulta tan llamativo como curar un cáncer pero si pusiésemos sobre la mesa los expedientes de casos tratados y resueltos en el transcurso de un año enrojeceríamos a los responsables de más de una consulta convencional.

-Y en casos de cáncer, ¿qué resultados se obtienen?

-El resultado estadístico que nosotros barajamos oscila en torno a un 75% de remisión total en los casos de melanoma localizado, incluso en aquellos en los que pudiera estar infiltrado en glándula o tejido muscular, como era el caso de Ángel. Debo reconocer, en cambio, que no obtenemos muy buenos resultados cuando se produce metástasis aunque algunos de mis alumnos han logrado remisiones parciales.

-En tal caso la curación de Ángel Mateo también le habrá

sorprendido.

-Sí. Y pienso que quizás el éxito en este caso tenga que ver con la empatía. A veces una terapia no funciona con un terapeuta y basta traspasar el caso a otro profesional para que éste, aplicando exactamente la misma técnica, logre la empatía adecuada con ese paciente y se consiga el resultado buscado.

-No está muy difundido aún que la hipertemia, especialmente la producida por los aparatos *Indiba*, es eficaz en casos de cáncer... ¿Podemos saber cómo se le ocurrió utilizar la estrategia de inducirle hipnóticamente un tratamiento de hipertermia?

-Porque sé que funciona. Nosotros hablamos de ella como "técnica de cauterización localizada". Y procuramos inducir mentalmente en el paciente una hipertermia de unos 15 grados en el área afectada. Algo que se obtiene mediante un proceso que precisa de varios pasos: El primer paso es provocar un estado de relajación que permita inducir el trance hipnótico. Para ello enseñé a mis alumnos el sistema de relajación de Shultz por paquetes musculares y pasadas de intensidad creciente con sentido cruzado. Aunque la experiencia me ha hecho introducir algunas variaciones sobre el sistema original de relajación. El segundo paso es el encadenado de bajada y también es común en todas las terapias. Enseñé a mis alumnos un combinado de técnicas para este proceso a efectos de lograr el resultado más rápido. El encadenado tiene como objeto activar una "falsa" actividad REM -ya que no es real- mediante ejercicios de visualización. Este proceso "engaña" al cerebro, por decirlo de forma coloquial, quien ante el inicio de una supuesta actividad REM envía señales al organismo al entender que ha entrado en una fase convencional de sueño. Esto genera un estado de profundidad en la relajación suficiente como para introducir las primeras sugerencias prehipnóticas.

A partir de ese punto la terapia ya se especializa. Se genera lo que técnicamente se denomina "aislamiento de zona". Este paso es utilizado comúnmente en otras áreas ajenas a la hipnosis como, por ejemplo, el deporte de competición donde la hiperutilización de algún grupo muscular es imprescindible (léase el ciclismo) a efectos de generar una hipertrofia. En nuestro caso, el aislamiento se utiliza para no dañar órganos cercanos a las zonas tratadas con hipertermia. Esto se logra mediante ejercicios de visualización.

El cuarto paso es ya la hipertermia en sí misma. Se induce mediante bucles reiterativos durante el tiempo necesario hasta lograr que el proceso de hipertermia alcance su punto más elevado. Luego se sostiene durante algunos minutos y después se invierte el proceso hasta normalizar la temperatura corporal. Desafortunadamente, este paso tiene a veces algunos efectos secundarios (no en todos los casos)

de quemaduras subcutáneas que producen molestias durante los días siguientes a la sesión hipnótica.

Este proceso se repite tantas veces como sea preciso en función de la localización y extensión del cáncer aunque, por poner un ejemplo gráfico, para un melanoma de 2 cms. bastan unas 6 sesiones.

Normalmente, el punto final a la última cauterización (de seguridad) se genera cuando las analíticas, las endoscopias y los TAC dan ya negativo.

-Y teniendo en cuenta los resultados que obtienen, ¿qué reacción hay entre los oncólogos de la medicina convencional? ¿Les han propuesto al menos colaborar?

-La colaboración en España entre los terapeutas de las terapias alternativas y la medicina alopática o convencional es prácticamente inexistente. No hay ni intención de que se produzca algún día. La reacción habitual de los médicos cuando conocen algunos de los irrefutables resultados obtenidos con un tratamiento de hipnosis clínica es siempre el mismo, algo así como *"¿Qué curioso! No sabía que se pudiera lograr esto con hipnosis. No, no puede ser. Sigo sin creérmelo"*.

-Es decir, que ni siquiera las evidencias son capaces de remover sus creencias...

-En efecto, hay en ellos un rechazo inconsciente. Y eso que nosotros jamás inducimos al paciente a abandonar una terapia hospitalaria o dejar el control ambulatorio...

Finalizamos. Es evidente que los límites de lo que puede conseguirse terapéuticamente con la hipnosis están aún por definir como lo están los límites de nuestra mente, sobre todo si admitimos que nuestro organismo funciona como un todo indivisible. Sin embargo, más allá de las grandes preguntas -casi metafísicas- sobre la mente y el cuerpo, lo que muchos lectores se estarán preguntando es cuánto cuesta un tratamiento hipnótico. Y la respuesta es que si bien eso depende de la experiencia y prestigio del terapeuta, el coste por sesión -que suele durar entre una y dos horas- oscila entre 30 y 70 euros. Una cifra que suele considerarse cara o no en función de los resultados. Por eso no hay que olvidar que, como ocurre con cualquier otra terapia, tampoco con ésta se logran siempre los éxitos deseados.

Antonio Muro

VISUALIZACIÓN, AUTOHIPNOSIS E HIPNOSIS

La visualización mental es una técnica que cualquiera puede practicar para buscar soluciones a problemas tanto emocionales como físicos.

Se trata de visualizar mentalmente imágenes a voluntad del estilo de las que "vemos" durante el sueño. Porque esas visualizaciones, mediante el acompañamiento terapéutico adecuado, pueden por sí solas producir efectos físicos verificables. Algo que no sería tan difícil de admitir por muchos si no fuera porque durante los últimos trescientos años la medicina imperante hoy en Occidente separó la mente del cuerpo a la hora de tratar a los enfermos. Una absurda separación que no se ha producido en ningún otro sistema de sanación del mundo.

No es de extrañar, por tanto, que el uso médico de la visualización se haya dado en muchas culturas del mundo: en el Tibet, la India, África, entre los indios esquimales, los indios americanos... En Occidente, como siempre suele ocurrir, sólo un puñado de hombres "rebeldes" mantuvo la visualización como técnica terapéutica en los momentos de mayor crítica. El más célebre de ellos, **Carl Jung**. Las técnicas que desarrollaron recibieron nombres diversos como *imaginación activa* (el mencionado Jung), *sueño despierto dirigido* (**Robert Desoille**), *visualización afectiva guiada* (**Hanscarl Leuner**) o *Psicosíntesis* (**Roberto Assagioli**). Fueron ellos quienes sentaron en Occidente las bases para la aplicación de la visualización en el tratamiento de dolencias físicas. Incluso el padre del Psicoanálisis, **Sigmund Freud**, el hombre que cimentó sus teorías en la terapia oral, utilizó también en cierta ocasión la terapia con imágenes mentales para tratar a un niño de 14 años que padecía un tic físico acompañado de vómitos histéricos, jaquecas, etc., consiguiendo su curación en una única sesión.

Gerald Epstein, doctor en Medicina y profesor adjunto de Psiquiatría Clínica en el *Monte Sinaí Medical Center* de Nueva York, que ha consagrado 25 años de su vida al tratamiento de las enfermedades mediante las imágenes mentales, el psicoanálisis y otras disciplinas como la hipnosis, el estudio de los sueños y la meditación, cuenta en su libro *Visualización curativa*, lo siguiente: *"Las afecciones que he ayudado a mis pacientes a tratar mediante el uso de la visualización mental incluyen la artritis reumática, la inflamación de próstata, el quiste ovárico, el carcinoma inflamatorio de pecho, erupciones cutáneas, hemorroides y conjuntivitis. Un amigo mío utilizó la visualización mental para curarse un carcinoma hepático. Los doctores que le trataban le dijeron en 1982 que no había demasiadas esperanzas de recuperación, ni siquiera con los tratamientos de quimioterapia que empezaron a aplicarle. Decidió entonces emplear técnicas de visualización en combinación con el tratamiento con quimioterapia durante dos años y a partir de 1984 recurrió a la quimioterapia de forma discontinua pero siguiendo su trabajo con los ejercicios de visualización. Hoy sigue siendo el único superviviente que*

se conoce de esta dolencia según fuentes del Memorial Cancer Sloan-Kettering Center de Nueva York."

Afortunadamente, son cada vez más los profesionales que se acercan a una de las más antiguas técnicas terapéuticas de la historia. Un mayor trabajo de relajación y concentración así como unos procesos algo más complejos nos permitirían acceder a la autohipnosis, una técnica que comparte con la hipnosis procedimientos y finalidad al igual que la creación de un estado particular entre la vigilia y el sueño. Una vez conseguido el estado de relajación la técnica nos ayudará a utilizar nuestra energía psíquica para enfocarla en el reestablecimiento de ciertos problemas sencillos de salud. Sin embargo si las dolencias que se quieren afrontar revisten especial gravedad es mejor recurrir a la hipnosis. Muy lejos de los espectáculos de la televisión o las salas de fiestas cada vez son más los profesionales que se acercan a una de las más antiguas técnicas terapéuticas de la historia humana. En Gran Bretaña se convierte en materia de enseñanza en las Facultades de Medicina desde el año 1955. En Estados Unidos la hipnosis está reconocida oficialmente desde 1958. En la antigua Unión Soviética la hipnosis recibió el apoyo oficial desde los años 20 utilizándose en dolencias como el asma, la hipertensión, úlceras e incluso en las técnicas del parto sin dolor, sin contar el uso menos ortodoxo de la hipnosis en ambas superpotencias, como elemento de combate en la guerra fría.

(XVI) EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER SEGÚN LA Dra. HULDA R. CLARK

Entre las terapias naturales para el tratamiento del cáncer la propuesta por la doctora australiana Hulda R. Clark constituye quizás la que más compromiso personal le exige a un enfermo para lograr su recuperación. Un método que parte de la eliminación de toda clase de parásitos del interior del cuerpo humano al entender que algunos son los responsables de muchas enfermedades. Y uno en particular -el Fasciolopsis Buskii- el principal responsable del cáncer. Además aboga por la necesidad de eliminar todo tipo de contaminantes químicos, tanto del entorno como de los alimentos y de los productos de uso corporal. En todo caso, la base de la mejoría que afirma lograr con sus pacientes está en un tratamiento con plantas y en un cambio radical en los hábitos de vida. Se lo explicamos.

Cuando los tratamientos convencionales fallan nadie debería discutir el derecho de los enfermos a buscar soluciones a su enfermedad. Es más, cuando los tratamientos convencionales no pueden asegurar la

curación (¿es posible en algún caso?) tampoco se debería negar al enfermo de cáncer -ni al de cualquier otra patología- la posibilidad de acceder a tratamientos alternativos o complementarios que puedan al menos mejorar su calidad de vida. Máxime cuando son hoy muchos los tratamientos naturales a los que se puede acceder en el mundo y elegir cuál seguir es un acto de responsabilidad individual que nadie puede asumir salvo el enfermo porque a fin de cuentas es su vida la que está en juego. Y éste no puede planteárselo sin la adecuada información. Por eso en esta revista hemos asumido la responsabilidad de acercar a nuestros lectores tanto puntos de vista nuevos sobre el origen o causa del cáncer como algunos de los numerosos tratamientos propuestos para superarlo.

En esta ocasión hablamos de **Hulda Regehr Clark**, una conocida doctora cuya principal afirmación es que algunos de los parásitos que entran en nuestro organismo -de las más variadas formas- son los responsables de buena parte de las enfermedades crónicas y degenerativas que padece el ser humano, incluido el cáncer. Según afirma, el ser humano sano alberga normalmente en su cuerpo muy diversos tipos de bacterias -virus, hongos y otros parásitos- pero los mantiene bajo control en el intestino de donde normalmente son expulsados con las heces. Sin embargo, las cosas cambian cuando éstos logran atravesar las paredes del intestino, penetrar en otros tejidos y, simultáneamente, el cuerpo se contamina con productos químicos o metales pesados ya que entonces la presencia de los parásitos -sobre todo, de sus larvas- provoca cambios celulares que dan lugar a muy diversas patologías, cáncer incluido.

Pues bien, partiendo de tal premisa Hulda Clark ha desarrollado un método terapéutico que se caracteriza primordialmente porque exige la máxima colaboración de sus pacientes. Claro que nos han acostumbrado erróneamente a traspasar la responsabilidad de nuestra curación a los médicos y a confiar sin más en su arsenal terapéutico cuando esa responsabilidad es nuestra, no suya.

¿Cómo puede extrañarnos pues que la mayoría de las personas ignore cómo alimentarse correctamente, rechace los consejos sanitarios más elementales sobre prevención de la salud y adopte, incomprensiblemente, comportamientos que conducen directamente a la enfermedad (exceso de alcohol, tabaco, grasas...)? La verdad es que actuamos de espaldas al sentido común a la hora de mantener el bienestar físico y psicológico, y cuando enfermamos de gravedad acudimos asustados en busca de alguien que nos cure. Y eso no es tan fácil.

HÁBITOS ERRÓNEOS

Ni siquiera la medicina convencional niega hoy la absoluta necesidad

de modificar los hábitos erróneos cuando se intenta recuperar la salud perdida. De hecho, forman ya parte de la lista oficial de cambios necesarios para prevenir el cáncer. Ahora bien, no es menos cierto que las terapias naturales son mucho más firmes en esa exigencia. Cualquiera de ellas hace especial hincapié en la nutrición, en la necesidad de adoptar hábitos más saludables de vida, en optar por alimentos naturales... Aunque quizás ninguna apele tanto a la responsabilidad individual, al compromiso personal con su restablecimiento, como las técnicas para el tratamiento del cáncer de la doctora Clark. Pero, ¿de quién hablamos?

De origen australiano, Hulda Clark se licenciaria en Fisiología y Biología -con mención honorífica- en la Universidad de Saskatchewan (Canadá) así como en Biofísica y Fisiología Celular en la Universidad de Minnesota (EEUU) donde obtendría también su doctorado en Fisiología. Actualmente dirige el *Century Nutrition Clinic* en Tijuana (México) a donde se trasladó a trabajar para eludir problemas con las autoridades sanitarias de Estados Unidos.

Esta doctora ha dedicado gran parte de su vida a la investigación del cáncer y defiende con determinación que para vencerlo es necesario -entre otras cosas- un compromiso personal que va más allá de un ligero cambio de costumbres alimenticias e higiénicas. A su juicio, cualquier proceso de mejoría de una enfermedad grave exige normalmente introducir modificaciones drásticas en los hábitos de vida del enfermo, hábitos que muchas veces éste no cree que tengan relación con la salud. Así, Hulda Clark recomienda a todo enfermo con alguna patología grave -no a las personas sanas aunque también sean recomendables algunas de sus sugerencias- que:

- Se extraiga las amalgamas dentales y cualquier otro metal contaminante de la dentadura -a fin de que el organismo no se envenene- así como los dientes muertos.

- Cambie las tuberías de su casa si son de cobre para que su cuerpo deje de envenenarse con las partículas que desprende ese metal en el agua.

- Deje de tomar alimentos envasados, enlatados y precocinados y se alimente sólo con alimentos frescos y naturales para evitar los contaminantes químicos que utiliza la industria alimentaria (conservantes, colorantes, aromatizantes, espesantes, acidulantes, edulcorantes, potenciadores del sabor...).

- Abandone la costumbre de aplicarse productos de higiene personal (lacas, fijadores, colorantes, tintes, desodorantes, etc.) porque la inmensa mayoría contienen químicos tóxicos.

- Se vaya a vivir a otro lugar si su casa o entorno son contaminantes (problemas telúricos, cercanía de torres de alta tensión o antenas de telefonía, etc.).

- Trabaje en un entorno laboral sano. Cambiando de trabajo si es necesario.
- Limpie a fondo la casa y se desprenda de todo producto químico de limpieza.
- Prescinda de la nevera o la sustituya por una que no use gas freón.
- Mande a sus mascotas de "vacaciones". En suma, parece obvio que la parte más difícil de la propuesta de la Dra. Clark para afrontar una enfermedad grave está en la asunción de un compromiso personal para lograr una completa modificación de la forma de vivir.

¿ES EL PARÁSITO FASCIOLOPSIS BUSKII DETERMINANTE EN LA APARICIÓN DE UN CÁNCER?

Para la doctora Clark -como adelantamos- el cáncer lo provoca la presencia de un parásito cuando se combina con contaminantes químicos y el sistema inmune está débil. Nos referimos al *Fasciolopsis Buskii*, un parásito de la especie *Trematodo* que suele llegar al intestino humano a través de la comida, las relaciones sexuales, la saliva, el contacto físico con animales, etc. Se trata de un parásito que al llegar a su fase adulta puede originar, cuando no ha sido expulsado del intestino, una colitis, un colón irritable u otra enfermedad... pero no un cáncer o una enfermedad degenerativa. Incluso puede no llegar a manifestarse. Su presencia, según la doctora Clark, sólo se convierte en grave cuando el parásito -por diversas razones- se instala en un órgano. Y eso sólo es posible si en el hígado existe un contaminante: el alcohol isopropílico. Cuando eso ocurre, el hígado, imposibilitado de metabolizar el alcohol propílico si hay presentes hongos y otros elementos contaminantes, trata de librarse de él descargándolo en el intestino a través de los conductos de la bilis. Entonces, si en el intestino el alcohol se encuentra con los huevos del parásito -millones, normalmente-, disuelve las cáscaras de los mismos, las diminutas larvas se liberan, entran en la sangre y se expanden por todas partes instalándose en distintos órganos donde crecen convirtiéndose en adultos. Cabe añadir que los parásitos se mueven atraídos por los contaminantes.

El problema es que el desarrollo de las larvas lleva aparejado un proceso de activación celular destinado a su supervivencia. Y es ese hecho el que provoca la proliferación incontrolada de las células cercanas provocando un tumor cancerígeno. Clark se apoya en el hecho -constatado mediante biopsias- de que en el 100% de los casos de cáncer de hígado, por ejemplo, se encuentra presente la combinación *Fasciolopsis Buskii* + *alcohol isopropílico*. Un sorprendente dato que los oncólogos no deberían ignorar. Obviamente, si el parásito se aloja en el interior de un tumor benigno también lo maligniza o canceriza.

¿Y qué es alcohol isopropílico? Pues se trata de un disolvente derivado del petróleo que actualmente se usa como antiséptico en algunas marcas de cosméticos, perfumes, jabones, productos para afeitarse, desodorantes, champús, geles de baño, lacas del pelo y colutorios bucales. Lo malo es que se usa también para esterilizar las tuberías de las máquinas de envasar productos alimenticios por lo que casi todos los alimentos envasados contienen trazas. Lo mismo que los colorantes, aromatizantes y otros aditivos artificiales.

Asimismo, debe saberse que existe una familia de bacterias llamada *Clostridium* que se establece entre los empastes dentales, coronas, etc. y llegan a colonizar el intestino -a veces también el esófago y el estómago-, algunas de cuyas especies producen alcohol propílico. Obviamente, cuántas más áreas del intestino invaden más alcohol propílico producen.

En definitiva -y con carácter general-, Clark considera que para que se desarrolle un proceso canceroso es preciso que se de una triple coincidencia: la presencia del *parásito Fasciolopsis Buskii*, la existencia de un metal o contaminante químico tóxico... y un organismo con el sistema inmune debilitado.

Hulda Clark especifica aún más la cuestión ya que afirma que será el tipo de contaminante presente en el organismo el que determinará que se desarrolle una u otra patología. Así, en su libro *The Cure for all cancers* (Ed. New Century Press) asegura por ejemplo que:

- Los *Fasciolopsis Buskii* adultos presentes en el hígado en combinación con alcohol isopropílico causan cáncer.

- Los *Fasciolopsis Buskii* adultos presentes en el páncreas, en combinación con alcohol de madera, provocan diabetes.

- Los *Fasciolopsis Buskii* adultos presentes en el timo, en combinación con benceno, propician la aparición del SIDA.

- Los *Fasciolopsis Buskii* adultos en el cerebro, en combinación con tolueno o xileno, causan la enfermedad de Alzheimer

- Los *Fasciolopsis Buskii* adultos presentes en los riñones causan la enfermedad de Hodgkin, la endometriosis si están el útero y una prostatitis crónica si se instalan en la próstata y existen otros disolventes allí. Y, finalmente,

- Los *Fasciolopsis Buskii* adultos en la piel causan el sarcoma de Kaposi.

EL TRATAMIENTO DE HULDA CLARK

En suma, Hulda R. Clark parte de la base de que son algunos parásitos, en conjunción con los numerosos agentes químicos tóxicos que se introducen en nuestro organismo, los que provocan la mayoría de las enfermedades graves. De ahí que insista tanto en que lo primero que debe hacer un enfermo grave es desintoxicarse por

completo... y evitar seguir intoxicándose. Para lo cual, además de lo ya dicho, debe hacer cuatro cosas fundamentales:

- Eliminar del interior del cuerpo los parásitos en todas sus fases.
- Evitar la contaminación con alcohol isopropílico, contaminantes químicos y metales pesados.
- Eliminar del entorno los metales pesados y tóxicos comunes.
- Adoptar una forma de vida sana incluyendo hábitos dietéticos correctos.

Analicemos más detalladamente esos consejos:

1) Eliminar los parásitos.

Conviene recordar que hace no más de 50 años la gente acostumbraba a realizar purgas periódicas -incluidos los niños- con aceite de ricino, sales de magnesio u otros medios. Se trataba de un buen método para eliminar los parásitos más comunes y limpiar el organismo de los tóxicos que se iban acumulando en él. Sin embargo, en pleno siglo XXI hemos perdido esa en apariencia "bárbara" costumbre y como consecuencia nuestros organismos están invadidos de todo tipo de parásitos y productos químicos indeseables que limitan nuestra respuesta inmune.

¿Y qué puede hacerse? La doctora Clark propone un método natural para eliminar los parásitos que consiste en tomar una mezcla de tres productos antiparasitarios de amplio espectro: el nogal negro, la artemisa y el clavo. Estos tres productos, combinados, permiten eliminar rápidamente más de 100 parásitos diferentes sin efectos secundarios. El tratamiento se completará con la toma de una cucharada de aceite de oliva ozonizado (*vea el recuadro adjunto*) y unas cápsulas de un aminoácido, la L-cisteína o hidrocloreuro de cisteína. Ello permitirá eliminar los huevos más escondidos de *Ascaris* o *Echinococcus* (otras especies de parásitos).

Se trata también de un método preventivo porque, según la doctora Clark, eliminando los parásitos no puede producirse cáncer en un tumor benigno ni, en el caso de haber ya un tumor canceroso, producirse metástasis. En este segundo caso el tumor permanecería controlado y sin posibilidad de expandirse. Es muy útil además ingerir suficiente vitamina C ya que se trata de un complemento imprescindible que además de prevenir y ayudar en numerosas enfermedades -incluido el cáncer- sirve para desintoxicar el cuerpo de muchos hongos que se introducen en nosotros con la alimentación: pan, frutos secos, cerveza, vinagre de manzana, siropes, frutas, verduras...

2) Alimentarse sólo con productos naturales.

Una dieta limpia y sana es una dieta libre de químicos tóxicos. Y hoy

es difícil encontrar alimentos no contaminados, tanto los procesados industrialmente como los de campo (a causa de los fertilizantes, pesticidas, conservantes, colorantes...) Afortunadamente podemos optar por productos ecológicos que, en buena medida, están libres de contaminantes.

El problema es que la carne y el pescado no están en una situación mejor. Ambos alimentos deben cocerse a fondo para eliminar los parásitos que pudiera haber en ellos. En todo caso, la Dra. Clark insiste en la importancia de una alimentación natural tomando siempre productos frescos comprados en el mercado. Nunca comida preparada, envasada o enlatada. Sin colorantes, conservantes, espesantes, edulcorantes, saborizantes u otros aditivos. Y, por supuesto, hay que desechar también la comida frita.

En cuanto a la leche, recomienda que se esterilice siempre hirviéndola con un pellizco de sal -a su juicio la pasteurización no es suficiente- para asegurarse de la completa eliminación de la *Salmonella*, la *Shigella*, el *Clostridium* y el *Rhizobium*.

En cuanto a la bebida sólo considera aceptables el agua, la leche, las tisanas y los zumos de verduras y frutas frescas no golpeadas. En este aspecto, la Dra. Clark advierte que es muy frecuente encontrar contaminantes en las bebidas comerciales. Como benceno en el agua y los zumos de frutas embotellados, tolueno y xileno en las bebidas con gas, cloruro de metileno en los zumos envasados... y muchos otros tóxicos.

En lo que se refiere a los útiles para cocinar pueden usarse los de vidrio, cerámica, metal esmaltado y los específicos para microondas. Asimismo, recomienda no usar nunca papel de aluminio para envolver los alimentos. Tampoco debe calentarse el agua en cafeteras o teteras metálicas. Ni cocinar con agua caliente de grifo. En cuanto a los termos, siempre con el interior de vidrio. Finalmente, no debe consumirse el agua fría que proporcionan los frigoríficos modernos.

3) Evitar el alcohol isopropílico, los contaminantes químicos y los metales pesados.

Como casi todo lo que nos rodea está hoy contaminado, la Dra. Clark aconseja rechazar o tirar a la basura cualquier producto que contenga alcohol isopropílico. Según asevera, el 100% de los enfermos de cáncer tienen ese disolvente en el cuerpo y en los órganos afectados. Las personas sanas, no. ¿Conclusión? Cualquier producto que contenga el término "...pro..." en su composición debiera ser arrojado a las tinieblas.

Por otra parte, muchos cosméticos y productos corporales incorporan además titanio, circonio, benzalconio, bismuto, antimonio, bario, estroncio, aluminio, estaño, cromo, benceno, PCB y colorantes. Y

todos son tóxicos. De hecho, piense que todos los metales introducidos en el organismo refuerzan las bacterias y los hongos además de romper las cadenas de ARN y ADN. Hasta el agua que bebemos está contaminada. En unos casos se trata de aguas fluoradas. Y el flúor no es que produzca efectos dañinos en el cuerpo -debilita los huesos y produce fluorosis debilitando y manchando los dientes- sino que es incluso algunos especialistas lo consideran cancerígeno. Y otro tanto cabe decir del peligro del cloro que se utiliza para desinfectar las aguas que bebemos en las grandes poblaciones.

4) Retirar de la boca las amalgamas y cualquier otro elemento metálico.

Como ya hemos dicho, la Dra. Clark se opone también al uso de amalgamas de mercurio en la dentadura (*vea el artículo al respecto en el n° 54 de **Discovery DSALUD***) así como al de cualquier otro material contaminante en coronas, puentes, ganchos, refuerzos, etc. Y ello porque -afirma- puede ser causa de depresión, asma, aumento de tensión arterial, insuficiencia renal, abortos espontáneos, problemas coronarios y cerebrales, depresión del sistema inmune, etc. A su juicio, en la boca sólo una sustancia es admisible: el metacrilato de color claro.

Tampoco olvida advertir del peligro de contaminación por bacterias, algo demasiado habitual en las consultas de los dentistas.

5) Eliminar del entorno los metales pesados y los tóxicos más comunes.

Como también hemos dicho ya, en el entorno del enfermo no debe haber nada que contenga sustancias contaminantes. Así que tendrá que cambiar la nevera si utiliza el gas freón como refrigerante (todo tumor tiene altas concentraciones de freón) y eliminar también en lo posible la fibra de vidrio de su entorno, presente como aislante en los conductos de aire acondicionado, paredes de calentadores de agua, estufas, hornos y algunos otros aparatos. Lógicamente, el proceso preventivo pasará también por limpiar los sótanos o lugares donde se almacenen productos químicos que pueden tener pérdidas, disolventes, pesticidas, ceras... Y lo mismo cabe decir del garaje que debe ser completamente aislado de la casa en caso de que existan puntos de comunicación como puertas o ventanas.

El proceso se debe completar eliminando de las habitaciones -especialmente en las que se duerme- todo producto no natural.

Empezando por el dormitorio, habría que retirar todo lo que no es natural: jabones, velas, ambientadores, esmaltes de uñas perfumes, sprays, etc.

Y en la cocina lo mismo. Use vinagre blanco para la limpieza, bórax (el

borato de sodio utilizado para la fabricación de jabones y detergentes así como disolvente y preservativo en medicina) y jabón hecho en casa. Los insecticidas, venenos para cucarachas y similares sobran; deberán ser sustituidos por medios naturales.

La casa no debe tener paneles ni papel pintado y las tuberías no deben ser de cobre. Y si puede, caliente la casa con leña en lugar de usar gas o petróleo.

En el baño se prescindirá igualmente de todo producto que tenga olor. En cuanto al papel higiénico debe de ser blanco y no perfumado.

6) Alejar del entorno laboral todo producto no natural.

Las recomendaciones de la Dra. Clark respecto al lugar de trabajo parecen obvias: si trabaja en un lugar donde se manejen productos químicos o tóxicos (pinturas, disolventes, tintas, imprentas, fibra de vidrio, amianto, hidrocarburos, alimentos empaquetados, productos farmacéuticos, etc.) pida una excedencia o deje ese trabajo. Debe alejarse de todo lo que contenga productos químicos o sintéticos tóxicos.

USAMOS 30.000 PRODUCTOS QUÍMICOS QUE PODRÍAN SER TÓXICOS

Quizás, amigo lector, piense que la doctora Clark exagera con sus recomendaciones a los enfermos graves (es a ellos a quienes van dirigidos básicamente estos consejos). Sin embargo, lo único que podría reprochársele es tratar de adelantarse a los acontecimientos. Respecto a los contaminantes que nos rodean y que forman parte de muchos de los productos que usamos o consumimos diariamente cabe señalar que la Real Comisión sobre Contaminación Ambiental del Reino Unido concluyó recientemente que en la actualidad se están utilizando en la Unión Europea más de 30.000 productos químicos con riesgo potencial! ya que sus posibles efectos adversos en la salud no están debidamente estudiados. Y el estudio hace referencia a los productos utilizados en agricultura, droguería, perfumería, cosmética, pintura, veterinaria, electrónica y automoción. De ahí que el informe afirme que en el Viejo Continente la protección de las personas, los animales y el medio ambiente no están debidamente garantizados. El presidente de esa comisión, el bioquímico Sir **Tom Blundell**, se mostraba rotundo en sus conclusiones: *"Dado el estado de nuestro conocimiento sobre cómo los productos químicos interactúan en el medio ambiente podría decirse que estamos llevando a cabo un gigantesco experimento en el que los sujetos de investigación son los seres humanos y todos los demás seres vivos. Es algo sencillamente inaceptable"*. Y añadía: *"Decepciona profundamente que después de un siglo de producción química y décadas de legislación para conseguir*

la seguridad ambiental no tengamos aún una comprensión adecuada del destino final y los efectos de los productos químicos en el medio ambiente".

Debemos añadir que una vez seguidas las recomendaciones de la doctora Clark, cuando el paciente se encuentre en fase de mantenimiento deberá afrontar de forma más pausada una limpieza más a fondo del hígado, los riñones, la vesícula biliar y los intestinos.

EL ZAPPER Y EL SINCRÓMETRO

Finalizamos explicando que la Dra. Clark utiliza dos instrumentos de apoyo importantes en el tratamiento: el *Zapper* y el *Sincrómetro* (se venden en tiendas especializadas de Estados Unidos). El *Zapper* es un pequeño aparato que transforma la corriente continua de una pila de 9 voltios en corrientes pulsadas de menos voltios pero de muy alta frecuencia que -afirma- lleva a la muerte a los parásitos (en su libro se aportan indicaciones para construirlo).

En cuanto al *Sincrómetro* se trata de un aparato diseñado por el hijo de la Dra. Clark que mediante resonancia electromagnética entre dos productos -un "testigo" del elemento contaminante y el objeto a analizar- se puede conocer si un producto está contaminado o no (aunque no en qué medida).

En lo que a los tratamientos convencionales para el cáncer se refiere, la Dra. Clark acepta la cirugía -siempre que no deje daños permanentes en el organismo del paciente- pero no es partidaria de la quimioterapia por considerarla excesivamente tóxica aunque en casos extremos, para ganar tiempo, podría contemplarla excepcionalmente. Terminamos diciendo que como ocurre con todos los acercamientos naturales al curso de una enfermedad las teorías de la Dra. Clark tienen seguidores que afirman ser testigos vivos de las curaciones conseguidas y detractores que sostienen la falsedad de sus teorías y la inutilidad de su tratamiento. ¿A alguien le extraña?

Antonio Muro

Más información en: www.drclark.net

Pueden enviar sus e-mail a info@drclark.net

Principales contaminantes químicos

La doctora **Hulda Clark** afirma que en los tumores se encuentran presentes -en mayor o menor cantidad- los siguientes organismos y contaminantes que es preciso erradicar del organismo para que éste sane. Son éstos:

-Ascaris.

Se trata de parásitos que en los organismos enfermos destruyen la vitamina C. Según Hulda Clark pueden provocar enfermedades tan diversas como eccemas, ataques epilépticos, esquizofrenia, depresión, asma y alteraciones en el VCM (volumen corpuscular medio) dependiendo del cuerpo que lo hospeda y del órgano dónde esté implantado.

-Hongos.

Cuando se analiza un tumor se encuentran sistemáticamente *Aflatoxina B* y *Patulina*. La *Aflatoxina B* es altamente cancerígena y llega al hígado mediante la ingesta de alimentos que contienen mohos no visibles a simple vista o no detectables. Es el caso de la cerveza, el pan de más de dos o tres días, la fruta muy madura, los cereales y los frutos secos. La *Aflaxotina B* es producida por un hongo del género *Aspergillus* e inhibe la replicación y transcripción del ADN.

En cuanto a la *Patulina* es una micotoxina cancerígena que está siempre presente en los tumores pero, sobre todo, en las glándulas paratiroides lo que inhibe la capacidad de éstas de producir el llamado Factor de Necrosis Tumoral (FNT), herramienta natural que el organismo utiliza -se produce en las glándulas paratiroides desde donde se envía al órgano afectado- para tratar de impedir el crecimiento de un tumor. Por eso todo enfermo de cáncer tiene FNT y carecen de él las personas sanas. La *Patulina* es producida por el hongo *Penicillium* y la podemos encontrar en las magulladuras de la fruta maltratada. Se sabe que es carcinogénica. Pues bien, cuando la *Patulina* está presente en el organismo deja de producirse el FNT. En suma, si se elimina la *Patulina* el organismo vuelve a poder producir FNT y reducir los tumores

-Bacterias.

De todas las bacterias que pueden detectarse la especie *Clostridium* es de las más difíciles de eliminar y de las más perjudiciales. Además de modificar el ADN producen alcohol isopropílico, como ya hemos explicado anteriormente. Se esconden sobre todo entre los empastes dentales, coronas, cápsulas, etc. Coloniza el intestino y a veces también el estómago y el esófago.

-Cobre.

El cobre metálico reduce fuertemente el nivel de hierro lo que conduce a la destrucción del sistema inmunitario. Entra en el organismo procedente del agua que atraviesa tuberías de cobre y de algunos empastes metálicos o plásticos.

-Cobalto.

El cobalto inorgánico -o sea, en estado metálico- también es tóxico. Inhibe la utilización del oxígeno y propicia el crecimiento tumoral. Sus

efectos se extienden también al corazón. Este metal ha reaparecido gradualmente y ahora lo podemos encontrar en los detergentes para lavadoras (granitos azules), para platos, en los empastes dentales, en el plástico de las dentaduras, en los enjuagues bucales y en otros productos.

-Vanadio.

Este metal inorgánico conduce en el hígado a la formación de edema generalizado. La contaminación por vanadio puede provenir de los gases de escape del coche o del calentador de gas del agua, de una fuga de gas, de una fuga del refrigerante de la nevera, etc.

-El ácido malónico.

Inhibe la utilización del oxígeno propiciando el crecimiento tumoral y disminuye la inmunidad de la persona. Sólo se halla en productos vegetales y nunca se encuentra en estado libre en animales o humanos sanos.

-El ácido maleico.

De la misma familia que el ácido malónico se halla especialmente en los productos que usa el dentista: material para empastes, adhesivos, aglutinantes, imprimadores, polimerizantes, etc.

En resumen, los parásitos producen Factores de Crecimiento Tumoral y convierten en malignos tumores que en un principio no lo son. La contaminación con metales presentes en las comidas o el ambiente inhibe la función del sistema inmunitario permitiendo que las células tumorales crezcan sin control.

Cómo preparar la mezcla antiparasitaria

Los tres productos de la mezcla antiparasitaria propuesta por la Dra. **Hulda Clark** se comercializan en Estados Unidos con los siguientes nombres comerciales: el nogal negro como *Black walnut tincture extra strengt*, la artemisa como *Wormwood* (se trata de *Artemisa asinthium* molida y encapsulada por ser muy amarga) y el clavo como *Clove* (también molido y encapsulado por el fuerte sabor que tiene).

El nogal negro y la artemisa se utilizan para eliminar los parásitos en su fase adulta. El clavo, por su parte, elimina casi todos los huevos de los parásitos menos los de los *Ascaris* y los del *Echinococcus*.

Según la doctora Clark, para un tratamiento completo de desparasitización se necesitarían:

- 30 ml de *Black walnut*.
- 100 cápsulas de *Wormwood* de 300 mg.
- 100 cápsulas de *Clove* de 500 mg.
- 50 cápsulas de L-ornitina.

Las cápsulas de L-ornitina sirven para eliminar el amoníaco producido por los parásitos como desecho. Se toma por la noche porque es

relajante. Por el día podría cambiarse por L-arginina. Con unas cucharadas de aceite de oliva ozonizado y cápsulas de L-cisteína se eliminan los huevos más escondidos.

(Las dosis vienen recogidas en el libro de la doctora Clark pero su tratamiento es un proceso complejo en el que además hay que tomar otros productos (suplementos, vitaminas, aminoácidos, aparatos...) que contribuyen a limpiar y reestablecer funciones por lo que no nos parece conveniente plantear aquí una terapia con sus dosis. Lo adecuado es que el lector interesado profundice en sus libros).

Aceite ozonizado

El aceite se puede ozonizar con un pequeño compresor que hace pasar una corriente de aire alrededor de una lámpara de rayos UVA o bien en una cámara donde se producen chispas eléctricas. Esto hace que el oxígeno del aire se transforme en ozono (O₃). A la salida del aparato el aire ozonizado pasa por una manguera y un difusor de cerámica o madera que, introducido en el agua o aceite contenidos en un vaso, lo ozoniza. Bastan 20 minutos para ozonizar el agua o el aceite que puede usarse para aliñar ensaladas y que es imprescindible para terminar con los huevos de *Ascaris* y *Echinococcus* ya que están protegidos por varias membranas de los efectos de la fitoterapia y el *Zapper*. El ozonizador es un aparato que se vende en tiendas especializadas.

(XVII) LA ALCALINIDAD CELULAR EN EL ORIGEN Y PROGRESIÓN DEL CÁNCER



Un equipo de investigadores españoles en colaboración con el Dr. Salvador Harguindey, especialista en Oncología Médica, ha elaborado un modelo diferente para entender el cáncer que abre paso a tratamientos terapéuticos menos tóxicos y más selectivos. La investigación, basada en los procesos

bioquímicos y moleculares específicos que tienen lugar en las células cancerosas, integra factores hasta ahora ignorados y sirve para relacionar entre sí diferentes campos de investigación como el origen de las enfermedades cancerosas y su diseminación, la muerte de las células malignas (apóptosis selectiva), la resistencia múltiple a los fármacos o la actividad de ciertos oncogenes, entre otros. La clave de la enfermedad estaría en el pH celular.

Como ha quedado fehacientemente constatado en los últimos años -aunque desde instancias oficiales se pretenda hacer creer lo contrario- son numerosos los profesionales de la salud y del mundo científico que no comparten ni el actual modelo sobre el origen y naturaleza íntima del cáncer ni cómo se está afrontando la lucha contra la enfermedad. Así ocurre tanto en Estados Unidos -diversos centros de investigación oncológica como el *South Carolina Cancer Center* o el *21th Century Oncology* de Fort Myers (Florida)- como en el resto de Europa -la Universidad de Bari (Italia) o el *Laxdale Institute* de Stirling (Escocia), por ejemplo-, incluida España. De hecho, a los muchos médicos convencionales y profesionales de las medicinas alternativas que rechazan hoy abiertamente los cerrados planteamientos de la "plana mayor" oncológica se unen cada vez más investigadores integrados en el propio sistema que exigen un replanteamiento urgente de las premisas convencionalmente aceptadas dada la actual falta global de resultados en el tratamiento de un considerable porcentaje de tumores malignos a pesar de la ingente cantidad de sufrimiento, tiempo y dinero invertidos en las últimas décadas.

Pues bien, el doctor **Salvador Harguindey**, en asociación con otros científicos de la Universidad del País Vasco, han dado ya a conocer a través de distintas publicaciones de prestigio internacional un nuevo modelo para tratar de entender la enfermedad que permite superar lo que consideran una visión agotada del cáncer: *"Los hallazgos más sobresalientes prueban que la visión reduccionista actual de las enfermedades neoplásicas -afirma sin rodeos Salvador Harguindey- es un error básico y conceptual, para empezar. De esa limitación de enfoque y paradigma deriva gran parte de los fracasos terapéuticos"*. Conscientes de ello, el equipo del Dr. Harguindey decidió hace algún tiempo buscar nuevas respuestas hasta encontrar un punto común en los diversos enfoques de la enfermedad realizados hasta el momento. Porque, a juicio de estos investigadores españoles, el problema de las tendencias actuales de la investigación científica es que se dirigen principalmente a recopilar más y más datos analíticos y tecnológicos y ello conduce inevitablemente a *"un excesivo grado de reduccionismo y*

a una creciente fragmentación del conocimiento". Es decir, entienden que la continua acumulación de cifras (análisis), lejos de servir para mejorar los resultados en el control y tratamiento de la enfermedad podría estar actuando como elemento de distracción y confusión.

"Llegó un momento -nos explicaría- en el que entendimos que había que superar esa espada de doble filo y abrir nuestra mente a perspectivas científicas más integrales buscando una gran teoría de cohesión integrada (síntesis) en medio de tanta confusión fragmentadora y reduccionista".

Fruto de esas reflexiones y apoyándose en más de 140 publicaciones teóricas y experimentales dadas a conocer en los últimos 25 años, este grupo de investigación español, junto al norteamericano **Stephan Reshkin**, ha llegado a la conclusión básica que hoy sustenta su modelo para entender y tratar esta enfermedad. Y esa conclusión es que *el desarrollo del cáncer se debe básicamente a la pérdida del equilibrio natural ácido-base de la célula*. Aunque ello no excluya otros factores determinantes que además de éste puedan jugar un rol importante en el proceso de malignización. Una tesis que implica todo un nuevo modelo de tratamiento de la enfermedad. Es más, en ciertas ocasiones estos esfuerzos, principalmente dirigidos a prevenir y controlar el proceso de metástasis y a su vez superar la resistencia a fármacos antineoplásicos, ha permitido detener el crecimiento de tumores cancerosos y, al parecer, también su diseminación tanto en animales como, ocasionalmente, en seres humanos... con medios menos agresivos y tóxicos que los actualmente utilizados en Oncología. *"Los resultados obtenidos en prevenir la aparición de metástasis en algunos tumores y en ciertas situaciones -afirma el doctor Harguindey- son verdaderamente esperanzadores".*

LA IMPORTANCIA DEL PH CELULAR

Para tratar de entender mínimamente el nuevo modelo propuesto el lector va a tener que familiarizarse con dos conceptos: *el pH celular y los antiportadores*, ambos relacionados con el funcionamiento -normal o anormal- de toda la célula. Evidentemente es imposible tratar de explicar en unas pocas líneas los procesos bioquímicos, moleculares y biofísicos relacionados con el funcionamiento celular o los intercambios dinámicos de iones de hidrógeno que se producen en su interior... así que conformémonos con entender lo básico.

Todos sabemos que en un mecanismo tan perfecto como el de la célula -o el mismo organismo humano como un todo- cualquier pequeña alteración inicial puede provocar una serie creciente de disfunciones que se manifiestan en lo que llamamos *enfermedades*. Pues bien, uno

de los métodos que nos permiten detectar si hay algún tipo de desequilibrio en el balance de la fisiología celular es el grado de acidez o alcalinidad, lo que resume todo el equilibrio homeostático de la célula que se ve afectada tanto por el líquido interior como por el exterior en el que ésta "flota" (medio interno). Es decir, la medición del grado de acidez es lo que da el *pH celular*. Por ejemplo, el pH normal de la sangre de una persona sana oscila normalmente entre 7,35 y 7,45. Cuanto más se supere pues la cifra de 7,4 más alcalino es el pH. Por el contrario, cuando más baja sea la cifra, cuanto más baje de 7,4 más ácido es el pH.

¿Y de qué depende que una célula tenga un pH más o menos alcalino o ácido? Pues básicamente, según explica Harguindey, del intercambio de iones de hidrógeno entre el exterior y el interior (citoplasma) de la célula a través de la membrana que recubre a ésta.

Ahora bien, esa "circulación" no es libre. Porque si bien la membrana que rodea a la célula es permeable también es selectiva; es decir, permite el paso de unas sustancias pero no de otras. Moléculas como los ácidos orgánicos, los aminoácidos y las sales inorgánicas no pueden atravesar por sí solas la membrana. Para lograrlo deben ser *transportadas* a su interior o expulsadas al exterior. Es más, ni siquiera un elemento tan pequeño como un ión de hidrógeno puede atravesarla libremente; también necesita un transporte activo. Y para cumplir ese papel existen determinados mecanismos específicos, generalmente en forma de proteínas localizadas en la membrana celular: los llamados **untransportadores**, **cotransportadores** y -principalmente- el **antitransportador** o intercambiador de Na⁺ (sodio) por H⁺ (hidrogeniones). Cuando estos factores transportan simultáneamente una de las sustancias hacia el interior y otra hacia el exterior se denominan **antiportadores**.

Pues bien, llegados a este punto hay que decir que es el **antiportador** del sodio y el hidrógeno el que cumple el papel más relevante en este esquema así como en la causa y tratamiento de muchos cánceres. Y es que según el modelo elaborado por diversos investigadores interesados en estas líneas de trabajo en todo el mundo cuanto menos iones de hidrógeno hay en el interior de la célula debido a un funcionamiento excesivo de estas proteínas **antiportadoras** más alto es el pH de esa célula -más alcalino- y más posibilidades existen de que se convierta una célula normal en cancerosa (*transformación maligna*). Ese desequilibrio puede, asimismo, ser producto de circunstancias medioambientales que afecten al organismo a nivel celular (factores de crecimiento celular) o inducido genéticamente. Es decir, a lo largo de una multiplicidad de investigaciones se ha podido confirmar que las células cancerosas de diferentes orígenes -desde leucemias a tumores sólidos, sean animales o humanas-

presentan sistemática y continuamente un pH intracelular anormalmente elevado o, cuando menos, "casi" imposible de ser disminuido como ocurre en las células normales. Se ha constatado también que las células leucémicas de los tipos más variados -de forma similar a las de los tumores malignos- viven en un estado de alcalinización intracelular permanente. Así, existen y se multiplican a unos niveles de pH intracelular que está en el límite de la compatibilidad con la vida celular y, por extensión, con la vida humana en general (llegan a tener hasta un pH de 7,6 e, incluso, superior). En suma, *todas las personas con cáncer sufren una "alcalosis celular maligna" en las células tumorales* específicamente causada por una continua e incontrolada extracción de iones de hidrógeno del interior de la célula. Además esta anomalía celular, que se podría interpretar como muy general o inespecífica, es *totalmente específica* para las enfermedades cancerosas ya que no se ha descrito en ningún otro proceso o enfermedad. Y aún hay más: tanto estos investigadores españoles como otros han constatado que existe una relación directa entre un progresivo aumento del pH intracelular tumoral y el grado de resistencia a algunos de los actuales medicamentos antitumorales más utilizados.

Por otra parte, es conocido que los tumores sólidos crecen y metastatizan mediante la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis tumoral) y se ha podido comprobar cómo un considerable número de moléculas estimuladoras de los mismos llevan el equilibrio ácido-base en dirección alcalinizante. Estos resultados han sido recientemente publicados por el Dr. **Gorka Orive** y el profesor **José Luis Pedraz** -del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la Universidad del País Vasco- en asociación con el Dr. Harguindey además del investigador norteamericano ya mencionado Stephan Reshkin desde la Universidad de Bari (Italia). También en la activación de algunos de los oncogenes más frecuentemente responsables del desarrollo cancerígeno se percibe para su activación una "necesaria" elevación del pH intracelular causada por una hiperactividad del antiportador N^+/H^+ estimulándose la entrada de sodio a la célula y la extrusión de H^+ (hidrogeniones), alcalinizándose así la célula; siendo este un paso previo y necesario para su malignización y posterior crecimiento incontrolado.

"Este conjunto de observaciones y evidencias -nos diría- sugieren que esta anomalía crucial y clave (un elevado pH celular) en la homeostasis celular (conjunto de mecanismos por los que los seres vivos tienden a mantener constantes las propiedades de su medio interno) es la principal razón por la cual muchos genes -tanto oncogenes como genes supresores desestabilizados, como el gen 53, desempeñan funciones patológicas tanto en el origen como en el

crecimiento y la progresión tumoral incontrolada".

En suma, estos y otros estudios indican que *el desequilibrio ácido-base es la causa inicial, específica y probablemente única de la transformación de una célula sana en una célula cancerosa* y además constatan que, una vez puesto en marcha el proceso canceroso, para que se produzca la replicación celular debe mantenerse un cierto pH intracelular elevado inhibiéndose así todo intento de inducir la apoptosis selectiva ("suicidio" de las células malignas). Para lo cual las células malignas ponen en marcha toda una serie de mecanismos antiacidificantes destinados a mantener el pH lo más alcalino posible. Toda una estrategia de las células cancerosas cuyo objetivo es aislarse biológicamente del resto del organismo mediante un complejo sistema de autoprotección -incluidos los ataques quimioterapéuticos externos- basado en la manipulación del intercambio de los iones de hidrógeno: *"El propósito de las células cancerosas -nos dice Salvador Harguindey- es tener los diferentes mecanismos de la membrana trabajando **para mantener un permanente desequilibrio homeostático ácido-base**, consolidando un elevado pH intracelular para protegerse así de un medio interno tumoral extracelular, intersticial y microambiental mucho más ácido y potencialmente tóxico".*

La respuesta a esta "malévola pero muy inteligente" estrategia de las células cancerosas de acuerdo con el nuevo modelo pasa por provocar la acidificación intracelular selectiva de las células enfermas. Sólo la de estas. De poco o nada serviría elevar la acidificación general de todo nuestro organismo ya que nuestro cuerpo sólo es capaz de soportarla durante unas pocas horas y sólo se da en determinadas enfermedades (cetoacidosis diabética, fallos renales, intoxicaciones por cloruro amónico...). Es cierto que incluso ha podido comprobarse cómo se han dado ocasionalmente regresiones espontáneas de cáncer diseminado en el caso de intoxicaciones generales por acetoaldehído pero es raro que el organismo sobreviva a dichas acidificaciones de todo el sistema orgánico. Si, como decimos, el pH normal de la sangre está entre 7,35 y 7,45, un aumento de la acidificación que a nivel global lo situara en 7,1 no sería soportado por nuestro organismo más allá de 48 horas. La lucha se establece, por tanto, a nivel celular: *"A nivel de las células enfermas, teóricamente al menos, se puede inducir un pH por debajo de 6,8 e, incluso, hasta de 5 sin afectar al resto del sistema orgánico. Lo podemos conseguir con medicamentos que acidifiquen la célula pero no el organismo"*

VIEJOS MEDICAMENTOS CON NUEVOS USOS

Es evidente que el modelo propuesto por Salvador Harguindey y sus colaboradores cuestiona seriamente los tratamientos actuales al considerar que en su aplicación no se está teniendo en cuenta la

necesidad previa de aumentar el grado de acidificación de las células cancerosas, lo que está obligando -entre otras cosas- a la aplicación de los quimioterápicos en dosis muy superiores a lo que sería necesario si se comenzará por tratar de disminuir el pH celular por todos los medios posibles: *"La cantidad de adriamicina (fármaco quimioterápico) que hay que administrar para devolver las células cancerosas a su pH habitual alcalino es casi 2.000 veces superior a la que sería necesaria en pH ácidos. Mientras mantengamos esta actitud de ignorancia autoimpuesta es evidente que la quimioterapia no funcionará en los tumores quimioresistentes. Persistir en el actual camino trillado es, sencillamente, inútil".*

¿Y puede hacerse? ¿Puede rebajarse el pH celular? Sí, es posible -aunque aún difícil- lograr una acidificación "intracelular" específica de las células cancerosas. Hay medicamentos que lo consiguen aunque actualmente se estén usando más en otro tipo de patologías que en el tratamiento del cáncer. Con la ventaja de que -al menos en estudios básicos- algunos de esos fármacos pueden provocar hiperacidificación sólo en las células cancerosas y no en el resto. Algo que los convierte en instrumentos de primer orden en la lucha contra el cáncer. Así opinan también conocidos investigadores en este área como el oncólogo **Ian Tannock** o el director de investigación celular francés **Jacques Pouyssegur**.

"La evidencia básica, preclínica y clínica existente hoy -agrega en este sentido Salvador Harguindey- es más que suficiente para aconsejar la programación de estudios clínicos prospectivos en el tratamiento adyuvante y neoadyuvante de diversos tumores en seres humanos con la idea de prevenir el proceso metastático utilizando fármacos -solos o en combinación- como, por ejemplo, amiloride (fármaco bloqueador de la permeabilidad del sodio y acidificante celular, aparte de inhibidor específico del proceso metastático) y sus derivados, así como la edelfosina (molécula que induce muerte selectiva de células cancerosas), el captopril (medicamento habitualmente usado en hipertensión arterial con el que se han obtenido remisiones completas en sarcoma de Kaposi en seres humanos), la squalamina (copia sintética de una sustancia encontrada en el hígado del tiburón que inhibe la bomba de intercambio sodio-hidrógeno), etc. Su uso cubriría un amplio abanico de objetivos ya que pueden ser potencialmente utilizados como antimetastáticos, como citotóxicos, en la apoptosis tumoral selectiva, como reguladores negativos de la expresión de ciertos oncogenes, inhibiendo la neovascularización neoplásica, en la resistencia múltiple a drogas, como adyuvantes en otras formas de quimioterapia e, incluso, como medida preventiva. También contribuye a la acidificación celular la quercitina, un producto natural (flavonoide) que además presenta acción antioxidante y eliminadora de radicales

libres".

Existe ya, de hecho, un caso clínico registrado -y publicado- que muestra un descenso drástico de los marcadores tumorales y curación aparente de un cáncer con metástasis que no puede ser asociado a ninguna medicación que no sea el amiloride. Además, el cariporide -un medicamento similar al amiloride- se utiliza para evitar ciertas complicaciones del infarto de miocardio al funcionar como estabilizador eléctrico de la membrana celular despolarizada en las células cancerosas. Y medicamentos de la misma familia se utilizan ya en la retinopatía diabética o para reducir el edema cerebral, etc. Otros fármacos, como la suramina y la squalamina, ya tienen demostrada su actividad antitumoral en pacientes con sarcoma de Kaposi, linfoma no-Hodgkin, carcinoma renal, carcinoma suprarrenal y carcinoma de próstata refractario a la hormonoterapia. En suma, el potencial conjunto de estos productos y su mejor tolerancia hace que Harguindey y sus colaboradores propongan su estudio clínico inmediato y exhaustivo en la prevención de las metástasis ya que *"aparte de que la acidificación selectiva mate a las células cancerosas específicamente, retrasa el crecimiento y la replicación tumorales y puede contribuir a prevenir el proceso metastático"*. Además su uso combinado permitiría interferir en otros procesos como la angiogénesis tumoral (creación de nuevos vasos sanguíneos) y otros mecanismos de progresión tumoral pero, sobre todo, serviría casi con toda seguridad para reducir notablemente las dosis de quimioterápicos que hoy se aplican con lo que su toxicidad, sus efectos indeseables, serán mucho menores. Todo ello sin necesidad de esperar largos períodos de experimentación porque ya han sido superados.

Estos investigadores recuerdan además que ya a lo largo del pasado siglo XX se constató en un gran número de casos la relación entre una sostenida acidificación microambiental y el fenómeno de la regresión espontánea de diferentes tipos de cáncer, tanto en animales como en seres humanos, existiendo innumerables publicaciones científicas sobre este tema.

"HAGAMOS UN GRAN ESTUDIO"

La vía, en suma, esta abierta. El modelo, propuesto. De hecho, parte del mismo ha sido recientemente publicado en conocidas revistas como *Critical Reviews in Oncogenesis*, *The FASEB Journal*, *Medical Hypotheses*, *Oncología* y el *British Journal of Cancer*. Y Harguindey tiene claro cuál debería ser el próximo paso: *"Hacer un estudio con un gran número de pacientes para acabar de demostrar que con esta estrategia se puede inhibir el proceso metastático, al menos en cierto número de casos, tanto en melanomas como en otros tumores tales como cáncer de mama, colon, etc. Al fin y al cabo es el proceso*

metastático el que mata, no el tumor primario. Por eso los enfermos deben ser tratados inmediatamente después del tratamiento quirúrgico y no en estadios avanzados".

Salvador Harguindey y sus colaboradores, en suma, han elaborado a lo largo de las dos últimas décadas, primero como médico oncólogo e investigador durante diez años en Estados Unidos y posteriormente en nuestro país, un modelo que se abre a un nuevo paradigma de interpretación de raíz (etiológico o radical) al integrar diferentes subespecialidades y niveles -desde la clínica al metabolismo intermediario a la bioquímica y a la biología molecular del cáncer. A esta perspectiva, que trata de ser asimismo holística y unitaria, se ha llegado tras integrar los conocimientos de vanguardia de otras especialidades. Algo que empieza a ser común. Este año, por ejemplo, el premio Nobel de Química ha sido otorgado a dos médicos mientras el de Medicina ha recaído en un químico y un físico. A ese respecto, **Javier de Mendoza** -catedrático de Química Orgánica de la Universidad Autónoma de Madrid- escribía hace poco: *"Este cruce profesional por el que deberían congratularse tanto médicos como químicos o físicos ilustra el carácter interdisciplinario de la ciencia moderna. Las barreras entre campos científicos, en un mundo cada vez más técnico y especializado son a menudo, como las de las membranas, difíciles de cruzar pero todos los grandes descubrimientos recientes se han basado en selectivos canales de ideas que han traspasado las barreras del corporativismo, el aislamiento y la comunicación entre disciplinas dispares. Los académicos suecos, tal vez de forma inconsciente, así lo han reconocido con los premios Nobel del 2003".* Ya lo dijeron el descubridor de la vitamina C y premio Nobel **Albert Szent-Györgyi** así como el físico relativista **Werner Heisenberg**: *"Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto y pensar lo que nadie más ha pensado".*

Claro que para la industria este nuevo modelo presenta un inconveniente: si los fármacos que pueden ser eficaces ya están en el mercado sus ganancias en nuevas patentes y nuevos medicamentos serán prácticamente nulas. Pero esa es ya una vieja historia. A ella se refirió precisamente el mundialmente conocido profesor **David Horrobin** -creador de la revista *Medical Hypotheses* y fundador de dos compañías farmacéuticas- en un brillante y esclarecedor artículo publicado de manera póstuma en la prestigiosa revista *The Lancet* tras su reciente fallecimiento por cáncer linfático: *"Una de las cosas más sorprendentes que he aprendido es que para la mayoría de los cánceres hay muchos tratamientos potenciales, muchos de los cuales no son tóxicos. Y contrariamente a la opinión médica ortodoxa, la mayoría de esos tratamientos no son marginales ni irracionales. Están basados en sólidos trabajos bioquímicos 'in vitro', en experiencia fiable*

en animales y, en ocasiones, en unas pocas historias clínicas bien documentadas. Eso sí, no han sido adecuadamente probados en ensayos bien planificados y la mayoría nunca lo serán. Sólo que la causa no tiene nada que ver con su racionalidad científica o la fuerza de la evidencia: los ensayos no se harán, sencillamente, porque no son patentables... o son difíciles de patentar. Y sin la protección de una patente, en el clima actual, esos remedios potencialmente efectivos nunca serán probados ni utilizados."

Tal es el lamentable y éticamente malignizado *lex artis* de la investigación oncológica occidental actual; lo que también podríamos llamar el "*american way of death*".

Antonio Muro

Nota: las personas interesadas en contactar con Salvador Harguindey pueden dirigirse a sharguindey@jet.es

Quién es el Dr. Salvador Harguindey

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra y Doctor en Medicina por la Universidad del País Vasco, **Salvador Harguindey** es especialista en Oncología Médica por el *Instituto Roswell Park* de Búfalo (Nueva York) habiendo hecho también la especialidad de Endocrinología en Edinburgo (Escocia) y posteriormente en el Medical College de Georgia EEUU). Autor de más de 140 publicaciones científicas en las que ha desarrollado progresivamente una línea propia de investigación sobre el cáncer es miembro de la *Sociedad Europea de Oncología Médica* y ex miembro de la *American Society of Clinical Oncology* y de la *New York Academy of Sciences*. Pertenece también tanto a la *Asociación Americana de Psicología Transpersonal* (ATP) como a las dos entidades españolas que agrupan a los especialistas de esta disciplina: SEPT y ATRE. Intelectual polifacético, ha publicado un ensayo sobre política integral y transpersonal -"*Una nueva visión de la vida y de la política: caminado hacia Edén*"- además de varias novelas: "*Un niño sin recomendaciones o la cuna de Don Quijote*", "*Las vidas de Daniel y George*" y "*El día en que Dios fue al cine*" aparte de numerosos artículos en periódicos, historias cortas y colaboraciones en diversos libros, tanto de temática científica como literaria.

Entre sus principales intereses se incluyen el estudio de la conformación de los aspectos intuitivos y numinosos de la creatividad científica, la investigación de las vías finales comunes en el desarrollo y tratamiento de las enfermedades malignas y el papel de los saltos evolutivos de conciencia en la resolución de conflictos interétnicos y

otros métodos de intercomunicación no-violenta.

"Lo que necesitamos todos -afirma Sánchez Harguindey- no es un arreglo con más y más parches de la sociedad sino algo más radical: la materialización de una nueva civilización, una cultura desmonetizada, no a modo de sueño utópico sino como un colocar la mayor parte de los valores humanos fuera del alcance directo del poder del dinero (...). La verdadera alternativa consiste también en reconocer al otro el derecho a existir, ese otro que el sistema tiende a ignorar. Necesitamos de una gran interfecundación cultural, aprender a escuchar empáticamente a las demás culturas no dominantes invitándolas a que se expresen estimulando el nacimiento de un nuevo Ser que haya superado el orgullo, el miedo, el desconocimiento mutuo, los privilegios y los desprecios. Desde esta reciprocidad se ha de desenmascarar sin miedo el neototalitarismo latente en el sistema político actual de las todas sociedades democráticas occidentales. Necesitamos, unos y otros, un 'proceso de emancipación espiritual del sistema'. Pero hemos de aceptar que 'sin una nueva toma de conciencia no se produce ningún cambio' ya que 'el cambio de las estructuras es superficial y no alcanza al corazón del problema'"

(XVIII) EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER MEDIANTE VACUNAS ELABORADAS CON ANTÍGENOS DE LA ORINA



Nuestro organismo expulsa a través de la orina la clave para la curación de un gran número enfermedades, entre ellas el cáncer. Así lo afirma al menos un grupo de investigadores mexicanos dirigido por el Dr. Salvador Capistrán que desde hace años trata con buen resultado tumores cancerígenos mediante vacunas personalizadas que se elaboran a partir de los antígenos específicos que existen en la propia orina de los enfermos. Una terapia que se debe al descubrimiento que en ese sentido hizo algún tiempo el también investigador mexicano Maximiliano Ruiz Castañeda, fallecido en 1990 a los 92 años de edad.

México, al igual que España y la mayor parte de los países del mundo, es una nación colonizada en el ámbito científico por lo que las terapias oficiales en el tratamiento del cáncer son las mismas que en nuestro país. Sin embargo, los mexicanos tienen una envidiable puerta abierta para quienes piensan que es posible recuperar la salud de otra manera. Y es que el artículo 103 de su Ley General de Salud dice textualmente: *"En el tratamiento de una persona enferma el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico cuando existe posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano o con vínculo, sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones aplicables"*.

Pues bien, gracias a esta norma legal -que interpreta perfectamente en el proceso de la curación el papel del médico (intermediario) y el del paciente (responsable último)- un grupo de investigadores y médicos mexicanos lleva largo tiempo trabajando en la aplicación de vacunas contra el cáncer. Médicos que no recomiendan abandonar los tratamientos habituales a fin de no generar inseguridad en los pacientes y evitar enfrentamientos con el establishment oncológico y se conforman con compatibilizar sus tratamientos con los convencionales centrándose en cuatro objetivos básicos: controlar el dolor del enfermo, mejorar su calidad de vida, ayudarle a superar su padecimiento y posibilitar la prevención. Nos consta, sin embargo, que tienen la esperanza de que en el futuro las vacunas que aplican lleguen a ser la parte principal del tratamiento de los enfermos de cáncer.

¿VACUNAS PARA COMBATIR EL CÁNCER?

El principio de actuación de cualquier vacuna es siempre el mismo: se basa en la activación del sistema de defensas de nuestro cuerpo -el sistema inmune- para combatir cualquier microorganismo que considera potencialmente dañino mediante la rápida fabricación de anticuerpos. Y eso ocurre cada vez que nuestro organismo detecta un antígeno, nombre que se da a toda sustancia extraña a él, generalmente procedente del exterior si bien a veces se forma en nuestro interior (toxinas virales o bacterianas).

Pues bien, cuando un antígeno se manifiesta por primera vez el organismo forma gran cantidad de anticuerpos, algunos de los cuales mueren al neutralizar el antígeno y el resto permanecen latentes en él. De esa forma, cuando el antígeno aparece por segunda vez la reacción de inactivación es muchísimo más rápida ya que se encuentra con parte de los anticuerpos formados que, además, "reconocen" al

antígeno de inmediato.

En ello se basa pues el mecanismo de las vacunas. Es decir, se trata de introducir voluntariamente en el cuerpo de una persona el antígeno -sea un virus, una bacteria, una toxina...- que provoca una determinada enfermedad, en dosis muy pequeñas, para que el organismo reaccione fabricando los anticuerpos específicos contra ella. De esa manera no sólo destruirá la escasa cantidad de antígeno introducido con la vacuna sino que dejará el organismo preparado para combatirla de inmediato si en el futuro apareciera de nuevo. Es lo que se llama *inmunizarse* contra ese antígeno.

Obviamente, el planteamiento de que es posible vacunarse contra el cáncer parte de la base de que éste puede originarlo un antígeno, es decir, una sustancia extraña. Y cuando hace varios años el investigador mexicano **Maximiliano Ruiz Castañeda** propuso tal tesis... fue ignorado. De hecho, salvo el microbiólogo español **Fernando Chacón** -descubridor del *Bio-Bac* y de una vacuna universal contra el cáncer (patentada)- y algunos otros investigadores aislados, la plana mayor de la Oncología rechazaba tal posibilidad. Pero como el tiempo siempre termina poniendo a la gente en su sitio actualmente son numerosos los trabajos científicos que avalan de forma irrefutable que el cáncer tiene en muchos casos origen vírico.

De ahí que sólo la soberbia de los prebostes que dicen hablar en nombre de la Ciencia -algo habitual en todas las épocas-, sin olvidar las presiones de algunas multinacionales para salvaguardar sus intereses económicos, pueda explicar el silencio que hasta el momento ha rodeado tanto el trabajo realizado en España por Fernando Chacón como por Ruiz Castañeda y sus discípulos en México.

Claro que también hay otras razones de carácter económico en el hecho de que estén siendo ignoradas. Y es que las vacunas creadas por los médicos mexicanos no se pueden fabricar de forma masiva ni convertirse en un gran negocio al uso.... porque no son patentables y son **personales**. Es decir, cada vacuna se fabrica utilizando como antígeno una sustancia obtenida de la orina del propio paciente. Esa sustancia y no otra. Por eso la vacuna preparada con la orina de una persona probablemente no funcione en otra. En suma, la vacuna se elabora específicamente para él y su padecimiento.

Además el proceso de obtención no es caro por lo que resulta un método económico, eficaz y sencillo de seguir. No sólo en el cáncer sino en numerosas enfermedades autoinmunes. Y para completar el panorama, es inocuo; es decir, carece de efectos tóxicos.

Es obvio que el secreto de su eficacia y falta de toxicidad está en su propia naturaleza ya que se trata de una sustancia del propio organismo expulsada por la orina.

En otras palabras, como un naufrago que arroja un mensaje al mar en

una botella a la espera de que alguien la encuentre, así nuestro cuerpo enfermo, una vez identificado a su enemigo, envía la información a través del riñón a la orina... a la espera de que alguien se decida a utilizarla.

¿EN LA ORINA? ¡SÍ, EN LA ORINA!

Lo curioso es que la orina es considerada fuente de salud desde tiempos ancestrales. Los hindúes practicaban la Urinoterapia hace ya miles de años y son cientos de millones los orientales que la siguen practicando hoy. La ventaja del método mexicano es que sólo se reintroduce en nuestro cuerpo la sustancia que precisamos y no es menester beberse vasos enteros de orina como en el caso de la Urinoterapia. Lo que además de ahorrarnos el asco que puede producir tal práctica evita que junto a las sustancias que nos ayudan a recuperar la salud introduzcamos las toxinas de desecho que también hay en la orina.

¿Y cuál es el mecanismo de acción de esta terapia?, supongo que se preguntará el lector. Pues resulta que es justo ahora, en los últimos años, cuando se ha empezado a investigar en profundidad. Algunos científicos norteamericanos sospechan que algunas de las proteínas que depuramos en nuestro riñón y eliminamos al exterior son algo más que desecho. Ya han identificado, por ejemplo, una proteína presente en la orina de las mujeres embarazadas que parece bloquear hasta la progresión del virus del Sida. Así se apunta en un estudio realizado por un equipo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York y de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) que se publicó en la revista *Proceedings of the National Academy of Science*. "Esas proteínas -llegó a afirmar la principal autora del estudio, la doctora **Sylvia Lee-Huang**- son agentes antisida muy prometedores que deberían ser bien tolerados por el organismo y causar pocos efectos secundarios en la medida en que son producidas naturalmente". En cuanto a cómo bloquea la proteína la progresión del VIH sigue siendo un misterio para los investigadores.

Bueno, pues lo más singular es que se trata de una proteína muy común, la lisozima, descrita ya en 1922 por **Alexander Fleming** -el descubridor de la penicilina-, conocida por proteger de las infecciones y que además de en la orina está presente en las lágrimas y en la saliva. De hecho, puede pedirse hoy en cualquier farmacia.

ROBERT GALLO INVESTIGA TAMBIÉN EN LA ORINA

Cabe agregar que hoy también intenta encontrar en la orina soluciones terapéuticas al Sida nada menos que el famoso doctor **Robert Gallo** quien ascendió al estrellato de la ciencia el 23 de abril de 1984 cuando se presentó ante el mundo junto a la entonces Ministra de Sanidad de

Estados Unidos como descubridor del virus del Sida, algo que de inmediato le discutiría el también investigador **Luc Montagnier**. Pues bien, también Gallo publicó -esta vez en la prestigiosa revista *Nature Medicine*- que una proteína presente en la orina de las mujeres embarazadas parece ayudar a frenar el virus del Sida. *"Descubrimos en la orina de las hembras de los roedores y en la de las mujeres que se encuentran en las primeras etapas de embarazo -contaría- un factor que destruye las células del Sarcoma de Kaposi (una extraña forma de cáncer vinculada con el Sida). La aislamos y la llamamos 'maternina'. Luego pudimos comprobar -in vitro y en vivo- que no sólo es anticancerosa sino que también reprime el VIH, posee efectos radioprotectores y parece ser un poderoso promotor de la formación de células sanguíneas"*.

El equipo de Gallo lleva desde entonces -hace ya cinco años- trabajando en sus posibilidades terapéuticas en la institución de la que es director, el *Instituto de Virología Humana* de la Universidad de Maryland (Baltimore, EEUU).

El doctor **Anthony Fauci**, del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, afirmaría por su parte que el hallazgo de esta proteína *"es importante porque su acción contra varios aspectos del VIH es amplia. Bloquea directamente el virus, suprime el sarcoma de Kaposi y mejora la capacidad de los glóbulos para reproducirse"*.

Los científicos norteamericanos entienden además que al ser la proteína hallada un producto del propio organismo los tratamientos tendrían muy pocos efectos secundarios, algo que ya han constatado hace tiempo los médicos mexicanos que llevan trabajando con la vacuna desde hace más de una década.

Este descubrimiento fue casual, según Gallo, ya que su equipo estaba estudiando el sarcoma de Kaposi en ratones. Resulta que habían puesto juntos a un grupo de ratones de ambos sexos en una jaula y los investigadores se dieron cuenta de que sólo algunos de ellos desarrollaban el tipo de cáncer que les habían inducido. Y al comprobar lo que había de común entre ellos constataron, sencillamente, que todas eran hembras preñadas.

En un principio los científicos pensaron que podría deberse a la acción de una hormona del embarazo denominada hCG (hormona criónica gonadotrofina) pero tras diversos experimentos con ratones descubrieron que el elemento resistente al virus o "factor asociado hCG" (HAF en inglés) también es producido por las mujeres embarazadas.

Bien es verdad que el propio Gallo no ha querido lanzar todavía las campanas al vuelo: *"Les pido que no publiquen nada exageradamente optimista porque la verdad es ésta: la sustancia existe y la hemos purificado pero no podemos estabilizar su producción y aún no*

sabemos cómo actúa. Por ahora no es útil ni para los enfermos ni para la ciencia".

Claro que quizás en la palabra *producción* esté la causa de su petición de discreción. Porque no está claro si cuando habla de producción se refiere al desarrollo del medicamento o a la posibilidad de fabricar el producto de forma masiva para que sea un buen negocio. Algo que no preocupa a los médicos mexicanos.

MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA

En todo caso, seguro que al lector ya no le parece tan absurdo relacionar la búsqueda de soluciones no tóxicas contra el cáncer en distintas proteínas obtenidas de la orina humana. Ni le extraña tanto que otro investigador, solo que esta vez mexicano y llamado Maximiliano Ruiz Castañeda, descubriera hace ya más de 20 años una vacuna contra el cáncer (como hiciera igualmente Fernando Chacón).

"De la orina de los pacientes -escribió en su día Ruiz Castañeda- se aíslan sustancias con propiedades específicas para tratar sus padecimientos; siendo de particular interés que en la orina de los cancerosos se obtuvieron antígenos específicos para cada tipo de cáncer". Y añadiría: "No puedo afirmar que estoy curando el cáncer pero si aplicamos el antígeno que se elimina por la vía natural del paciente, que es el riñón, en el sedimento obtenemos una fracción peptídica que al aplicarla como si fuera una vacuna nos permite reducir la actividad tumoral al mínimo en beneficio del paciente; permitiendo un mayor éxito en el tratamiento del cáncer" (1) El doctor Ruiz Castañeda -al que cariñosamente llamaban sus colaboradores "maestro" o, simplemente, "don Max"- era un hombre delgado, de mirada adusta, poco sonriente y de mucho rigor en sus investigaciones al que nunca le gustó la publicidad. Se preocupaba sólo de encontrar soluciones rápidas a problemas prácticos.

Con motivo del homenaje que se le rindió en diciembre de 1982, el doctor **Gustavo Gordillo Paniagua**, editor del Boletín Médico del Hospital Infantil de México, escribió de él: *"El maestro Ruiz Castañeda ha dedicado gran parte de su vida al desarrollo de tecnología, económica, simple y precisa, dirigida a cubrir necesidades básicas de atención médica (...) Así surge su técnica de fijación de superficie para el diagnóstico de tifoidea, paratifoidea, tifo y brucelosis adoptada por la OMS como prueba de referencia (...) Sus resultados a menudo fascinantes constituyen un reto para que investigadores quizás menos creativos pero más rigurosos, armados de la metodología científica adecuada, demuestren sus hipótesis".*

Pero claro, una cosa es la discreción y otra que no se sepa que él, ya en 1980, tenía publicados escritos sobre los antígenos urinarios cancerígenos. Lo que va a evitar que algún listo intente quedarse con

la gloria... y el dinero. Que ejemplos ya hay algunos muy significativos. Robert Gallo, como antes decíamos, fue en su día acusado por Montagnier de apropiarse del descubrimiento del virus del Sida. A pesar de lo cual hoy maneja presupuestos de miles de millones en investigación privada y sigue siendo considerado un guru a la hora de hablar del Sida. ¿Podría repetirse, ahora que investiga sobre la orina, una situación similar? No sería difícil. Si Gallo ha comenzado afirmando que ha hallado una proteína en la orina de forma casual a pesar de que Ruiz Castañeda llevaba 20 años trabajando en ese terreno no es descabellado pensar que pudiera acabar autoproclamándose en una rueda de prensa mundial descubridor de una vacuna contra el cáncer.

Y por si siente la tentación, que antes lea a Ruiz Castañeda: *"Cuando la prueba de fijación en superficie fue aplicada a investigaciones inmunológicas en el cáncer pudo reconocerse en el suero sanguíneo la presencia de anticuerpos para sustancias de naturaleza retrogénica liberadas de los tumores. Además fue posible aislar en la orina de los pacientes sustancias de acción específica para cada tipo de neoplastia"*. Escrito quedó en México en 1980.

Bien, sentada la base de que es posible encontrar salud en la orina dejemos también claro que el impulsor de las vacunas con antígenos urinarios no fue desde luego un investigador cualquiera. Ruiz Castañeda desarrolló la vacuna contra el tifo cuando éste era un azote mundial (mató más gente en las trincheras que las armas durante la I Guerra Mundial). Su capacidad como inmunólogo fue indiscutida a nivel internacional -lo que no quiere decir que sus teorías convenciesen siempre a todos- y sus investigaciones están recogidas en publicaciones de prestigio.

Es más, fue Senador de la República de México y su busto preside hoy la entrada de la Secretaría de Salud como reconocimiento a su trabajo. Y recibió, entre otros galardones internacionales, el Premio Nacional de Ciencias, la Medalla Luis Pasteur y el Premio del Consejo para la Investigación Médica. Actualmente la Academia Nacional de México otorga cada año el *Premio Maximiliano Ruiz Castañeda* y varios centros hospitalarios de México llevan su nombre.

Hombre volcado en la búsqueda de soluciones terapéuticas baratas no supo entender -o no quiso- el papel de la popularidad y nunca le interesó enriquecerse con sus descubrimientos ya que decía que los trabajos de investigación no debían beneficiar a *"médicos mercenarios"* sólo preocupados por sus ganancias.

Y hay que decir que con el mismo planteamiento han seguido trabajando sus discípulos en el campo de la inmunoterapia, el nuevo El Dorado de la investigación donde cada vez más médicos esperan encontrar soluciones para el tratamiento del cáncer. No hace mucho,

el doctor **Melchor Álvarez de Mon**, jefe del Servicio de Enfermedades del Sistema Inmunitario y Oncología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, hablaba precisamente de la necesidad de ahondar en la línea de la inmunoterapia: *"Es necesario dar a cada paciente aquello en lo que es deficiente o las citocinas (proteínas del sistema inmune) que le permitan recuperar la normalidad de su sistema inmunitario, lo que exige adaptarse al estado de cada individuo y controlar su respuesta"*. Y apostaba para ello por *"un esfuerzo multidisciplinar en el que se conecte la investigación básica con la clínica"*. Pues bien, las evidencias clínicas conseguidas hasta hoy por el doctor Ruiz Castañeda y sus discípulos son lo suficientemente prometedoras como para seguir siendo ignoradas.

LOS ANTÍGENOS

Debo decir, llegados a este punto, que junto a Maximiliano Ruiz Castañeda trabajó largo tiempo el doctor **Salvador Capistrán**, médico que a su muerte encabezaría un grupo de investigadores mexicanos que ha continuado hasta hoy su trabajo diseñando un tratamiento alternativo con las autovacunas como elemento principal. Un hombre que hoy apoya sin reservas las aportaciones de Ruiz Castañeda después de trabajar con él y tras haber sufrido una gastrectomía total por neoplasia maligna gástrica, lo que le permite entender perfectamente a los pacientes de cáncer. Hoy, a los 67 años, se encuentra "como un chaval" y tiene claro que es gracias a los antígenos con los que se ha estado tratando: *"En la confrontación antígeno-anticuerpo que se realiza en el organismo por la vía natural, que es el riñón, se elimina una fracción peptídica (los péptidos son un tipo de moléculas con bajo número de aminoácidos bastante más pequeños que las proteínas) que se halla en el sedimento urinario. Pues bien, su aplicación como si fuera vacuna va a cambiar la historia natural de la enfermedad en beneficio del paciente. Ruiz Castañeda actuó con una lógica increíble logrando el factor antigénico en la orina del paciente"*.

Capistrán nos contaría luego que el origen de la terapia de Ruiz Castañeda tuvo lugar cuando constató que las madres embarazadas eliminan a través de la orina una fracción peptídica concreta que se origina cuando el sistema inmune reacciona ante la presencia del feto (recordemos que cada ser humano es producto de la fusión de dos ADN distintos, el de la madre y el del padre, y que el de éste es extraño para el sistema inmune de la mujer), sustancia que el investigador mexicano denominó *Fetoproteína*. Afortunadamente, los inmunomoduladores de la especie evitan que el organismo de la madre rechace al feto.

Pues bien, esa misma reacción se produce en cada uno de los pacientes que padece cáncer. Es decir, el enfermo de cáncer también elimina por la orina una sustancia semejante a la *Fetoproteína* que varía en función del tipo de cáncer que se padezca. *"El riñón -nos aseguraría Capistrán- no se equivoca y proporciona siempre el antígeno específico del tipo de cáncer que tiene el paciente"*. Y al inyectar subcutáneamente ese factor -debidamente preparado- comienza la inmunoterapia contra el cáncer. Estamos pues, nada menos, que ante un *antígeno específico o personal*.

CÓMO SE FABRICA LA VACUNA

El proceso de obtención del antígeno específico comienza con la recogida de la propia orina. En un recipiente de plástico de cinco litros en el que deben depositarse dos litros de alcohol de caña el paciente deposita la primera orina de la mañana durante cinco días (la primera que expulse después de haberse acostado). Al cabo de cinco días la acumulación de un sedimento en el fondo del recipiente es evidente. Pues bien, ese sedimento se centrifuga, se evapora, se suspende en solución salina, se filtra y luego se diluye; por último, se hacen pruebas de esterilidad y de cultivo para verificar que el material se encuentra libre de contaminantes y se puede usar para el tratamiento. Finalmente se envasa bajo las más estrictas medidas de asepsia. Y después se entregan al paciente cinco frascos que dan una cobertura de seis meses al paciente y que se aplican como autovacuna dos días a la semana inyectándose alternamente en los brazos. Se comienza con la aplicación de 10 unidades aumentándose de diez en diez hasta llegar a 80 unidades, momento en el que la aplicación cambia a una vez por semana hasta el final del tratamiento.

VACUNAS CONTRA DIVERSAS ENFERMEDADES

Como el lector habrá ya inferido por su cuenta este sistema permite tratar prácticamente todas las enfermedades autoinmunes. Y, de hecho, el doctor Ruiz Castañeda encontró inicialmente en la orina antígenos de enfermedades bacterianas, de padecimientos resultantes de anomalías genéticas como el síndrome de Down e, incluso, de dolencias como la esquizofrenia o la epilepsia.

Más tarde, según se nos ha explicado, las investigaciones y aplicaciones posteriores de vacunas dieron resultados positivos en pacientes afectados de alergias de las vías respiratorias o de la piel, enfermedades autoinmunes: artritis reumatoide, lupus eritematoso, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante y esclerosis lateral amiotrófica.

Incluso la andropausia y la menopausia pueden ser tratadas con antígenos obtenidos de la orina de un niño o una niña en los que

empezaran a aparecer los caracteres sexuales secundarios. El doctor Capistrán nos reconocería que las posibilidades de las autovacunas son múltiples. Y nos contó algunos casos significativos: *"Una vez necesitábamos encontrar un paciente de esclerosis múltiple en el primer estadio de la enfermedad, en los primeros treinta días, para poder comprobar mi hipótesis, cuando nos llegó el caso clínico de un muchacho del Tecnológico de Monterrey de 24 años de edad. Empezaba a tener problemas de visión y el oftalmólogo le había dicho que no encontraba la causa así que le mandó al neurólogo. Y éste le diagnosticó esclerosis múltiple. Bueno, pues ese joven era el hijo de nuestro jefe del servicio de Anestesiología así que le propuse que, dado que era el caso clínico que estábamos esperando, en lugar de seguir el tratamiento convencional se sometiera al antígeno de Ruiz Castañeda. Nos pidió 48 horas para decidirlo y pasado el plazo nos dijo: 'No hay opción, así que nos someteremos al tratamiento del doctor Ruiz Castañeda'. Obviamente él sabía cuál es el desarrollo natural de esa enfermedad. Pues bien, le dimos la vacuna con su antígeno y afortunadamente **Luis Felipe Quevedo** está hoy totalmente sano. Al comparar las resonancias se puede constatar incluso la desaparición de las lesiones que ya tenía en el lóbulo occipital".*

NUEVOS ANTÍGENOS URINARIOS

Ruiz Castañeda constataría, sin embargo, que el deterioro físico que presentaban algunos de los pacientes que acudían a él, muchos desahuciados o muy dañados ya por los tratamientos convencionales a causa de una medicación prolongada con inmunosupresores o quimioterapia, anulaba o disminuía el efecto del antígeno específico que, al final, lo único que conseguía dar era un débil aumento de las defensas.

Cualquier otro médico, como aquello era normal, se hubiera limitado a aceptarlo con resignación. Pero no fue el caso de Ruiz Castañeda quien, volviendo sobre los pasos ya dados pero ampliando la perspectiva, acabó encontrando en la orina de pacientes que habían superado la enfermedad -y cuyos resultados de laboratorio (marcadores tumorales, biopsias, estudios de imagen...) así lo confirmaban- un antígeno al que denominó *Antígeno Inmunocompetente o de Refuerzo*.

*"**Leticia Ramírez** -nos contaría el doctor Capistrán- se curó de lupus y durante cinco años fue nuestra donante. Su especificidad para pacientes de lupus es extraordinaria, sobre todo para aquellos en los que la calidad de su propio antígeno no es buena según la fase de su enfermedad. Otra paciente, **Lupita**, donó su antígeno específico que es ya competente para nuevos pacientes y para aquellos que ya hayan*

sufrido mayor daño a causa de la artritis reumatoide. Lupita ya no tiene recaídas y no sigue ninguna medicación".

LAS APORTACIONES DE SALVADOR CAPISTRÁN

El último paso dado hasta ahora en la búsqueda de soluciones terapéuticas en la orina es ya producto de la investigación personal del doctor Capistrán al considerar que la orina de la mujer embarazada podría ser una caja de sorpresas llena de recursos terapéuticos. Y entendiendo que la mujer embarazada encierra entre sus misterios el lenguaje de la vida, la configuración de los sistemas orgánicos de un nuevo ser vivo y la posibilidad de modificar la reacción del sistema inmunitario ante la presencia de cuerpos extraños decidió buscar...

hasta encontrar e incorporar a su modelo de tratamiento lo que denomina antígeno de mujer embarazada. Un antígeno que aplican en todos los casos de cáncer como refuerzo pero que se recoge de forma selectiva en el caso de cánceres hormonodependientes, el antígeno masculino XY en el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama, y el femenino XX en el cáncer de próstata. Y al parecer las expectativas no se han visto defraudadas según el investigador mexicano: *"Los resultados clínicos, tanto en tumores primarios como en las metástasis, son extraordinarios. Así lo evidencian la evolución clínica, los marcadores tumorales y los estudios de gabinete en nuestros pacientes"*. En el resto de cánceres también se usa como refuerzo.

El tratamiento con antígenos urinarios entronca, en suma, con las más modernas líneas de investigación: la inmunoterapia contra el cáncer y la búsqueda de soluciones terapéuticas en las proteínas procedentes de la orina de la mujer embarazada. Y quizás por el lado de la evidencia clínica ha superado a la investigación de base.

Cabe agregar que con el tiempo, al tratamiento con los 3 antígenos el doctor Capistrán ha ido añadiendo como coadyuvantes otros recursos terapéuticos procedentes de la Medicina Complementaria para acelerar y mejorar el tratamiento. Estas son las terapias de apoyo que utiliza:

- Aplicación de inyecciones de *Gerovital* en los puntos de acupuntura que comunican los tres grandes sistemas del ser humano -nervioso, endocrino e inmunitario- a fin de estimular la renovación celular y corregir el daño causado por tratamientos más agresivos.

- Terapia de Acupuntura para paliar el dolor y proporcionar estabilidad emocional al paciente.

- Utilización del BIRM, el fármaco basado en una planta medicinal que desarrolló el doctor ecuatoriano **Edwin Cevallos**, por considerarlo de gran valor para la destrucción de células tumorales (*vea el reportaje en nuestra web: www.dsalud.com*).

- La Dieta Polarizante del doctor **Demetrio Sodi Pallarés** (*vea también el reportaje en nuestra web*).

-Ejercicios de Qui Gong.

Según Capistrán, la combinación de estas terapias ha permitido, en coordinación con los oncólogos, reducir las dosis de quimioterapia o radioterapia y mejorar enormemente la calidad de vida de los pacientes. *"Nuestra sorpresa -afirma- es que quienes sufren leucemia, linfomas y mielomas, que son enfermedades de la sangre, cáncer de la sangre, son los que más rápido responden. Los tumores embrionarios de testículo en los jóvenes, los cerebrales y los de próstata también responden bien. Y los mismos resultados tenemos en cáncer mamario y cervicouterino, incluso cuando los pacientes están en etapas avanzadas. Todos se benefician de una mejor calidad de vida y es frecuente tener casos clínicos que se acercan a lo milagroso".*

LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES

Termino este artículo con la opinión del doctor **Francisco Vara**, miembro del Departamento de Bioquímica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid y uno de los escasos médicos que en España ha estudiado el trabajo del doctor Ruiz Castañeda: *"Las ideas del Dr. Ruiz Castañeda puede tener una base científica que es preciso explorar y que podría depararnos enormes sorpresas.*

Supongamos que hay un tumor cuya presencia se escapa al sistema inmune porque presenta en su membrana celular antígenos o señales tan débiles o enmascaradas que el sistema inmunitario no es capaz de detectarla en un principio. Como toda célula viva en nuestro organismo sufrirá una degradación de la cual pueden aparecer pequeños fragmentos, los cuales podrían ser eliminados por la orina ya que por su pequeño tamaño podrían atravesar el riñón. Circulando por la sangre estarían a tan baja concentración que no serían suficientes para generar una respuesta inmune. Si recogemos esas cadenas peptídicas de la orina, las concentramos y las volvemos a poner en la sangre nuestro organismo reaccionaría automáticamente generando anticuerpos que ya sí podrían reconocer las células antitumorales."

"Lo asombroso -agrega el profesor Vara- es que de alguna manera estamos hablando de lo que la Ciencia Moderna conoce hoy como anticuerpos monoclonales en los que se trabaja como recurso terapéutico de última generación. Estos pequeños péptidos recogidos en la orina es lo que hoy conocemos como 'determinantes antigénicos', que son la parte mínima de una proteína capaz de originar un solo tipo de anticuerpo o anticuerpo monoclonal. Los cuales tienen una altísima especificidad de reconocimiento. Los anticuerpos monoclonales son la respuesta inmunológica a una cadena péptica de cuatro o cinco aminoácidos, característica de una determinada proteína, de un determinado virus, de un tumor, o de

cualquier agente que el organismo reconoce como extraño. Lo que Maximiliano Ruiz Castañeda definía como una sustancia propia de una determinada patología es lo que la bioquímica moderna define como determinante antigénico y supondría que Ruiz Castañeda se habría adelantado más de cincuenta años a los conocimientos de su tiempo". Es decir, lo que Maximiliano Ruiz Castañeda definía como una sustancia propia de una determinada patología y de bajo peso molecular que es expulsada por la orina inicia básicamente el mismo proceso que hoy se busca con un proceso tecnológicamente costosísimo. *"El no podía tener ni idea de este concepto de vanguardia -afirma el profesor Vara-. A este hombre hay que darle al menos credibilidad porque fue un gran inmunólogo en su época y sus logros extrapolados a día de hoy bien podrían hacerle acreedor a un premio Nóbel. Y cuando un premio Nóbel de hoy en día dice algo así por lo menos se le escucha. Si además hay quienes afirman que por evidencia clínica el proceso es terapéuticamente válido se hace necesario iniciar una investigación seria con técnicas modernas porque el resultado final podría llevarnos a un mundo casi de ciencia ficción sobre las posibilidades de los productos recogidos en nuestra orina."* Increíble sobre todo si se comparan los medios actuales con los empleados por Ruiz Castañeda para la obtención del antígeno: una centrifugadora, algunos reactivos, unas pipetas, el chorro del agua, un refrigerador y una incubadora para comprobar que el material que salía del laboratorio no estaba contaminado por bacterias o virus. Claro que el problema para profundizar en sus investigaciones probablemente no esté en los medios sino en los médicos que, como Ruiz Castañeda dijo, *"han sido programados por una cultura médica adquirida con base en la propaganda comercial. La mayoría no se atreve a utilizar otros productos o métodos que no sean recomendados por las casas transnacionales y muchos de ellos no tienen plena conciencia de su labor y, menos aún, estudian por interés científico. Algunos vienen a veces a este laboratorio, aprenden el método y comercian con él explotando a los enfermos... El investigador debe de estar económicamente preparado para no tener que convertirse en 'chambista'. Debe atreverse a buscar cosas nuevas que no sean repetición de lo que hacen los americanos."* La vía, en suma, esta abierta. Ahora sólo queda recorrerla.

Antonio Muro

Nota a pie de página:

(1) *"Método rápido para la investigación de reacciones específicas y no específicas en el cáncer". Archivos de Investigación Médica (Mex)*

11:83, 1980 Instituto Mexicano del Seguro Social.

Más información:

Dr. Salvador Capistrán

Av. Cuauhtémoc N° 1187 Col. Letrán Valle C.P. 03650 México, D.F.

Tel.: 56 88 89 46 Fax: 56 88 95 37

e-mail: capistra@prodigy.net.mx; drcapistran@hotmail.com;

dracapistran@yahoo.com.mx

LA EXPERIENCIA CUBANA

Hay que decir que los investigadores mexicanos están dispuestos a colaborar con quien lo solicite y sólo condicionan su participación en el desarrollo de la terapia en otros lugares del mundo al hecho de que sea adoptado por un sistema público de salud capaz de extender lo que consideran una revolución terapéutica al mayor número posible de enfermos. Es el caso de la colaboración recientemente iniciada con el Hospital Oncológico de Camagüey en Cuba.

En uno de los muchos congresos realizados en México sobre Medicina Tradicional el doctor **Capistrán** consiguió atraer la atención de la doctora **Arely Díaz Cifuentes**, directora del Departamento de Medicina Tradicional de ese hospital oncológico. Y ésta, interesada por la terapia con antígenos de la orina, se trasladó a México a visitar las instalaciones del doctor Capistrán. Allí estudiaría, verificaría los resultados clínicos y en laboratorio, aprendería las técnicas y, finalmente, decidió que la terapia era efectiva y merecía la pena incorporarla en Camagüey. Se iniciaría así -en noviembre del 2002- un convenio de colaboración conjunta. A día de hoy la Doctora Arely Díaz se muestra muy esperanzada en las posibilidades de la terapia: *"La terapia del antígeno es muy buena; combinada con la de puntos da maravillosos resultados a los pacientes. Nosotros estamos comenzando a andar por un largo camino y nos falta mucho por recorrer pero lo que hemos visto hasta ahora son resultados alentadores"*

RELATO EN PRIMERA PERSONA

La primera vez que escribí un artículo sobre la vacuna con antígenos de la orina fue en 1998 y también en una revista que dirigía el actual director de *Discovery DSALUD*. Entonces no conocía la historia de **Pedro**, a quien no conozco personalmente pero cuyo singular proceso conocí casualmente mientras elaboraba este artículo. Al explicármela en detalle le pregunté si querría escribir unas líneas sobre lo que había vivido para acompañar este trabajo y accedió. Este es su testimonio

que transcribo sin comentarios. No son necesarios.

"Todo empezó el año 1993 con unas molestias en la parte baja de la columna. Pero esas molestias, que al principio eran insignificantes, se convirtieron en un dolor que progresivamente pasó a piernas, espalda y cuello. Después de varias visitas a los especialistas y distintos análisis el diagnóstico fue espondilitis anquilosante, una enfermedad reumática autoinmune de la que nunca había oído hablar.

El traumatólogo me explicó que esa enfermedad podía ser hereditaria y que era crónica pero que con medicamentos, el ejercicio adecuado en fases de baja actividad inflamatoria y mucha paciencia se podría conseguir que no fuera a más. Tuve que dejar el trabajo porque la espondilitis sí evolucionó y los antiinflamatorios y el ejercicio no fueron suficientes. Cada vez me encontraba peor. En pocos años me vi con muletas para poder caminar, fuertes dolores y pocas esperanzas de recuperarme. La degeneración era física y psicológica.

(XIX) LAS PROPIEDADES ANTICANCERÍGENAS DEL "CHAMPIÑÓN DEL SOL"



Un champiñón de origen brasileño, el *Agaricus Blazei* Murill -también conocido como "El champiñón del sol"- ha demostrado tener un potente efecto anticancerígeno. Sus propiedades antitumorales y antimutagénicas además de su actividad inmunomoduladora permiten acelerar los procesos de mejoría y en no pocos casos conseguir recuperaciones sorprendentes. Además, el champiñón posee en sí mismo un alto valor gastronómico. Japón y otros países están invirtiendo miles de millones de dólares en su desarrollo y comercialización.

Estamos en pleno siglo XXI y seguimos sin conocer las inmensas

posibilidades de la "farmacia de Dios". Y es tanto lo que aún ignoramos de la naturaleza que no es extraño encontrarnos de vez en cuando con productos de enormes capacidades terapéuticas en el tratamiento de numerosas enfermedades, incluidas algunas tan graves como el cáncer.

En nuestro país, por ejemplo, son muy pocas las personas que han oído hablar del *Champiñón del Sol* -cuyo nombre científico es *Agaricus Blazei Murill*- a pesar de que en muy pocos años ha centrado la atención de decenas de estudios científicos que avalan sus capacidades antitumorales y antimutagénicas así como su actividad inmunomoduladora. Y no hablamos de un medicamento sino de un hongo, de un champiñón procedente de Brasil cuyo estudio científico, paradójicamente, se ha efectuado sobre todo en Japón.

LA IMPORTANCIA DE LOS HONGOS

Los hongos están presentes en nuestra vida desde hace miles de años. Tanto en el Antiguo Egipto como en las culturas precolombinas y en la medicina tradicional oriental han jugado un importante papel nutritivo, simbólico y medicinal. Y es que está demostrado que todo hongo comestible es beneficioso para el organismo humano al aportar proteínas, minerales, aminoácidos, carbohidratos, tiamina y una gran variedad de enzimas. En todo caso, son los polisacáridos presentes -en mayor o menor cantidad- en prácticamente todos los hongos comestibles los que por su capacidad de combatir una gran gama de afecciones les convierten en un gran remedio terapéutico. No es pues de extrañar que la búsqueda de nuevos productos antitumorales y otras sustancias medicinales basados en ellos se haya vuelto una cuestión de gran interés a la que se dedican cada vez más recursos dada la gran dificultad que supone definir y tratar de reproducir la mayoría de las sustancias activas presentes en el hongo.

En todo caso, los hongos mundialmente más conocidos hoy son el *Shiitake*, el *Reishi* y el *Kombucha* (a éste se le denomina "*el hongo de la longevidad*"); y, sin embargo, es el *Agaricus Blazei Murill* el que lleva camino de convertirse en el rey de los champiñones. Y no por sus cualidades gastronómicas -que son muy apreciadas- sino por sus posibilidades curativas.

UN CHAMPIÑÓN SORPRENDENTE

La primera referencia que se conoce del *Agaricus Blazei Murill* es del profesor **Joaquim Monteiro** quien ya en 1877 describió sus posibilidades curativas refiriéndose a él como se le conocía siglos atrás: *Cogumelo del Sol* (*Hongo del Sol*), *Cogumelo Dorado* y *Cogumelo de Dios* por sus bondades terapéuticas. Original de una pequeña comarca montañosa del estado de Sao Paulo llamada Piedade

fue rescatado para el mundo por los japoneses cuando estaba a punto de extinguirse, tanto para su consumo gastronómico como para la investigación científica. Y es que la colonia japonesa en Brasil es históricamente numerosa, especialmente en el Estado de Sao Paulo donde viven alrededor de 1.400.000 nipones primordialmente dedicados a la agricultura.

Al parecer un japonés descubrió el hongo cuando crecía salvaje cerca de la casa de un granjero de su misma nacionalidad y lo envió para su estudio terminando en diversas instituciones académicas del mundo. Siendo entonces cuando mereció el interés del Dr. **Inosuke Iwade**, profesor de Bioquímica Forestal y Ciencia de los Hongos Aplicada de la Facultad de Agricultura de la Universidad de Mie en Japón, quien lo "presentaría" oficialmente a la comunidad científica en 1965.

Posteriormente, en 1980, el Dr. **Shoji Shibata** -profesor de Farmacología de la Universidad de Tokio- y el Dr. **Tetsuro Ikegawa** -miembro del *Instituto Nacional de Investigación contra el Cáncer* de Japón- realizarían un primer estudio científico para constatar si los polisacáridos del hongo fortalecían el sistema inmune. Y el resultado fue sorprendente: el *Agaricus Blazei Murill* obtenía unos resultados mucho mejores que los hongos *Reishi*, *Shiitake* y *Maitake* tanto en cantidad de polisacáridos betaglucanos -tiene más que ningún hongo conocido- como en los resultados de distintas pruebas. Por ejemplo, más del 90% de los animales a los que se había inducido un sarcoma en el fémur remitieron por completo. Es más, al 99'8% de esos mismos ratones no se les pudo volver a provocar un tumor maligno a pesar de los 6 intentos sucesivos que se realizaron. En un posterior estudio dirigido por el Dr. **Hitoshi Ito** en el Departamento de Farmacología de la ya mencionada Escuela Universitaria de Medicina de Mie se constatarían sus notables efectos antitumorales lo que se comunicó a los médicos asistentes a la 39ª reunión anual de la *Asociación Japonesa contra el Cáncer*.

Desde entonces se han sucedido los reconocimientos científicos sobre las cualidades del hongo. Como ejemplo se puede citar el del Dr. **I. P. Lee**, que siendo Investigador Jefe de Tumores Malignos de la FDA (*Food and Drug Administration*) de Estados Unidos, miembro del *Instituto Nacional Contra el Cáncer* de Japón y miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Ciencia de Corea del Sur -entre otros cargos- recomendó en un libro sobre el *Agaricus* su consumo a todos los enfermos de cáncer.

También el Dr. **Takashi Mizuno**, ex Jefe del Departamento de Farmacología de la Universidad de Shizuoka, manifestó en una entrevista concedida a *The Study of Immunocompetence* su convicción sobre la efectividad terapéutica de este hongo en casos de cáncer. Y ya en 1995, durante el 9º Congreso Internacional de Inmunología

que se celebró en San Francisco, el Dr. **Ghoenum** -profesor en la *Universidad Drew de Medicina* y Jefe de Servicio en el *Hospital King Charles*- presentó el caso de una paciente que tuvo una remisión completa de cáncer de ovarios sin otro tratamiento terapéutico que una sustancia aislada del *Agaricus Blazei Murill*.

Y se trata sólo de algunos testimonios ya que existe una amplísima literatura científica de reconocimiento de sus propiedades (vea el *recuadro adjunto*). Es más, se asevera que la remisión total del melanoma que padecía el ex presidente norteamericano **Ronald Reagan** tuvo lugar tras haberse sometido a un tratamiento coadyuvante con este hongo. Así lo recogió el prestigioso rotativo japonés *Asahi* -diario con una tirada de 8 millones de ejemplares-, noticia que confirmaría el ya citado Dr. Mizuno.

Claro que tales testimonios también pueden encontrarse en España porque el boca a boca sigue funcionando como medio de difusión. Es el caso de **David**. *"En diciembre de 1998 -nos diría- a mi padre le fue diagnosticado un tumor infiltrante en la vejiga, en transición metastática y con alto grado de malignidad. La opinión facultativa fue desfavorable y la única solución propuesta una operación quirúrgica de urgencia. En mi lógica preocupación llamé por teléfono en busca de consejo a mi mejor amigo, un caballero japonés de Yokohama que inmediatamente me forzó a hacerme con el 'Agaricus Blazei Murill' pues, aunque no me lo había comentado, el año anterior a su madre le remitió por completo un tumor de unos 3 cm. en la base del cuello sin tratamiento terapéutico alguno. Sucedió sólo una semana antes de la operación quirúrgica que estaba programada y que, de hecho, ya había sido retrasada en tanto ella, tras casi un mes de ingesta, había tenido una primera remisión de aproximadamente un 25 % del tumor; al mes y medio la remisión era casi de un 50 % y a los dos meses, cuando la intervención programada ya se había retrasado una semana más por estas afortunadas causas sobrevenidas se certificó la remisión total".*

"Así que mi amigo -continuaría diciéndonos- me ayudó de modo extraordinario a conseguir el 'Agaricus Blazei Murill' para mi padre. Y no un Blazei cualquiera sino el mismo que había tomado su madre, criado a campo abierto en su solar ancestral, en las proximidades de la región montañosa de Piedade, en Sao Paulo (Brasil). Cuando conseguí mi primera partida de Blazei puro, en las pruebas preoperatorias a mi padre se le detectaron nódulos en el pulmón izquierdo, lo que conllevó la lógica opinión clínica merecida de metástasis y fue descartada la solución quirúrgica prevista con su obvio significado implícito. A los 18 días de ingesta masiva del hongo rogué que le hicieran nuevas pruebas de diagnóstico por imagen que mostraron la desaparición de una mancha y el hecho de que otra se

describiera como un granuloma calcificado. Y entonces se llevó a cabo la operación quirúrgica anteriormente programada. La recuperación fue sorprendente, la tolerancia a los agentes quimioterápicos de protocolo inédita y el mantenimiento de su sistema inmunitario, en medio de los ciclos de quimioterapia y radioterapia, impresionante".

Tras aquella experiencia el boca a boca comenzó a funcionar y David puso en marcha una "cadena de favores" que perdura hoy día y de la que ya se han beneficiado otros compatriotas. Es el caso de **Stephan**, a quien tanto deberán quienes a partir de hoy entren en contacto con el hongo ya que fue la persona que nos puso tras su pista tras comprobar cómo contribuía a la mejoría de su padre cuando la muerte parecía inevitable. Su calidad de vida mejoró hasta un final que todos anticiparon para mucho antes por su condición de metastático y trasplantado. Final que además quizás hubiera sido otro si no hubiera habido una contradicción evidente entre reforzar el sistema inmunitario para combatir el cáncer y evitar el rechazo del nuevo órgano.

Afortunadamente, muchos otros casos han tenido un final más feliz: *"A finales de noviembre o principios de diciembre del 2001 -nos contaría David- recibí una llamada telefónica de una dama que se identificó como profesional sanitaria y que se hallaba muy angustiada por la situación clínica de su hermano, un enfermo de cáncer microcítico cuya situación era ésta: cáncer primario en mediastino, inoperable; 8 nódulos en el cerebro; nódulos craneanos; múltiples nódulos pulmonares, suprarrenales y en el hígado; paciente diabético con alta dependencia de insulina; antecedentes de problemas cardiacos serios y un triple by-pass implantado. La situación, evidentemente, no podía ser más desfavorable y los médicos dudaban de que llegara a enero del 2002. El caso es que mostró tanto afán y desesperación por el caso de su hermano que era imposible negarla nada así que la envié parte de lo que estaba tomando mi padre. Luego, una vez tuvo el hongo, viviría un enfrentamiento bastante agrio con algunos de los médicos ya que éstos consideraban el esfuerzo inútil dando por sentado que el hermano moriría. Bien, pues el 11 de enero del 2002, mientras iba por la calle, recibí una llamada suya diciéndome que se encontraba en un centro sanitario de diagnóstico por imagen observando directamente los resultados de una resonancia magnética que se le acababa de practicar a su hermano y en la que se apreciaba un auténtico 'milagro' clínico: los 8 nódulos cerebrales habían desaparecido... tras ingerir el Blazei algo menos de dos meses. Y ya había roto las expectativas clínicas previas de esperanza de vida".* Y la cadena continuó.

Cabe añadir que la información sobre este hongo ha pasado de manera extraoficial por muchos despachos oficiales -sobre todo de la

Sanidad andaluza- sin que hasta hoy se hayan hecho intentos serios -al menos conocidos- de investigar en España sus propiedades o de buscar algún tipo de aplicación terapéutica de lo que ya se sabe. Los médicos más abiertos se han limitado a consentir su consumo a sus pacientes dado que se trata de un mero alimento carente de toxicidad pero los demás no quieren ni oír hablar del champiñón como posible terapia para tratar el cáncer. Ni siquiera como coadyuvante. Y mucho menos como sustitutivo de los fármacos convencionales. Tan sólo en una ocasión se estuvo muy cerca de poderse hacer un estudio riguroso pero una vez más los argumentos del poderoso caballero Don Dinero primaron y la investigación fue aparcada *sine die*.

LOS INGREDIENTES ACTIVOS DEL AGARICUS BLAZEI MURILL

Las investigaciones realizadas durante los últimos 25 años indican que el gran secreto del *Agaricus Blazei Murill* parece estar en los polisacáridos que contiene, en cantidad y calidad no conocida en otros hongos. Concretamente en los *betaglucanos* Beta (1-3) *glucan* y Beta (1-6) *glucan*, sustancias que potencian los mecanismos naturales del sistema inmune en su lucha contra todo tipo de enfermedades infecciosas... y en el cáncer.

Los betaglucanos activan los macrófagos siendo así posible su utilización como coadyuvante de la quimioterapia. En uno de los estudios realizados se probaron los efectos al inyectarlos en ratones infectados con células tumorales agresivas que se extendieron a sus hígados. Mientras, a otro grupo se le inyectó sólo las células tumorales. Pues bien, los investigadores encontraron que los animales tratados con betaglucanos habían disminuido la metástasis de hígado. Además, todos los animales del grupo de control murieron antes de los 42 días siguientes mientras un 28% de los ratones tratados con betaglucanos sobrevivieron Este resultado -como los de muchos otros estudios- indican que activan el sistema inmune y reducen la capacidad metastásica de las células cancerosas.

PROPIEDADES DEL CAMPIÑÓN DEL SOL

Resumiendo, los distintos estudios efectuados indican que el *Champiñón del sol* tiene las siguientes propiedades:

-Efecto preventivo. El hongo contiene grandes cantidades de fibra dietética no digerible que absorbe los materiales cancerosos presentes en nuestro cuerpo y los expulsa con las heces.

-Reduce la glucosa en sangre. Las proteínas ácidas presentes en el hongo tienen efectos positivos a la hora de disminuir la glucosa en sangre. Son abundantes las referencias a sorprendentes mejorías de casos de diabetes en Japón.

-Reduce la tensión arterial, el colesterol y la arteriosclerosis. La

ya mencionada fibra dietética y los ácidos grasos insaturados -como el linolín- contenidos en el hongo permiten reducir la tensión arterial, el colesterol y prevenir la arteriosclerosis.

-Efecto compensatorio de otros tratamientos. Al reforzar la respuesta inmune, restaura valores suprimidos por la quimioterapia y la radioterapia.

-Efecto anticancerígeno. El hongo contiene esteroides naturales conocidos por sus efectos anticancerígenos (diferentes de los esteroides producidos químicamente que a menudo son señalados como causa de enfermedades).

-Efecto antitumoral. Los betaglucanos del hongo refuerzan la actividad de los macrófagos, anticuerpos que destruyen e impiden la proliferación de células cancerígenas. El *Agaricus Blazei Murill* estimula, entre otros, los linfocitos T y B, la producción de interferón y las interleuquinas. Se ha constatado que cuando alguien ingiere el hongo aumenta en sangre un 3.000% la producción de células NK -las llamadas células asesinas del sistema inmune- a los 2-4 días. En resumen, y en palabras del doctor Takashi Mizuno, *"el Agaricus Blazei Murill ha demostrado poseer actividades antimutagénicas, bactericidas y antoangiogénicas, y ser un poderoso estimulante sistémico del sistema inmunitario promoviendo los mecanismos de defensa natural para combatir una variedad de agentes infecciosos además del cáncer"*.

Cabe agregar que otro de los efectos beneficiosos de los betaglucanos es la reducción de las infecciones postoperatorias.

LA PREPARACIÓN DEL PRODUCTO

No debemos dejar de señalar que, como en el caso de otros productos naturales, cuando se extraen los principios activos del hongo para sintetizarlos de forma aislada y así fabricar fármacos comercialmente... pueden modificarse las propiedades terapéuticas del hongo en su forma natural. Y es posible que entonces no funcione o lo haga peor. Entre otras cosas porque puede haber otras sustancias activas aún no identificadas en él. La investigación, pues, está lejos de haber terminado. Por eso la FDA tiene la intención de financiar un estudio sobre las propiedades antitumorales del *Agaricus Blazei Murill* dentro del llamado *Programa RAPID (Rapid Access to Preventive Intervention Development)* este mismo año. Un estudio que bajo el título *"Producción a escala de un potente agente quimiopreventivo, 1SY16, para estudios clínicos y preclínicos"* será desarrollado por el doctor **Insu P. Lee** en la *Kanazawa University* de Japón. Algo a lo que se ha hecho acreedor porque *"los estudios preliminares han demostrado que extractos micoquímicos extraídos de champiñones parecen poseer propiedades antiproliferativas e inmunomoduladoras"*

así como una potente actividad quimioterápica en modelos animales". El 1SY16, que lleva extracto de *Agaricus Blazei Murill*, es una mezcla de componentes con prometedoras actividades quimiopreventivas. Hay que decir que con estudios de este tipo quizás se resuelvan algunas de las dudas que hay sobre el hongo. Por ejemplo, el hecho de que la respuesta no sea idéntica en todos los casos, algo que parece natural sobre todo si tenemos en cuenta que su función está directamente relacionada con el estado previo de nuestro sistema inmunitario.

Lo que sí parece claro es que no existe relación entre la cantidad tomada y el resultado obtenido. Es decir, el hecho de ponerse a comer champiñones como un loco no garantiza mejores efectos que en caso de una ingesta moderada. El profesor Mizuno, como referencia, habla de 15 gramos diarios. La experiencia indica que con esa dosis se obtienen magníficos resultados. En el caso citado anteriormente de cáncer microcítico, por ejemplo, el paciente tomó 12'5 gramos diarios.

LA BÚSQUEDA EN EL LABERINTO

El *Agaricus Blazei Murill* parece constituir, en suma, una gran contribución terapéutica al tratamiento del cáncer. Y, sin embargo, su consumo supone una aventura que uno tiene que estar dispuesto a afrontar al no estar debidamente apoyado por las autoridades administrativas. De ahí que para saber cuál comprar y cómo consumirlo se deba estar dispuesto a buscar apoyo en las personas que ya lo han tomado y seguir unas pautas aún no completamente definidas porque no todo lo que se vende bajo el nombre de *Agaricus Blazei Murill* es igual de valioso. La cantidad de principios activos depende de dónde, con qué y cómo se cultive.

En Piedade (Sao Paulo), su lugar de origen, las temperaturas oscilan entre 35 y 38° C durante el día disminuyendo hasta 20-25° C por la noche con una humedad que promedia el 80%. Asimismo, las características de su suelo constituyen un aspecto decisivo para que el hongo alcance su máxima eficacia. Una realidad de la que son conscientes las propias multinacionales farmacéuticas e instituciones que han apostado fuerte para tratar de producir fuera de Brasil el hongo.

El *Iwade Institute of Micology* de Japón tardó 14 años en lograr la adaptación del hongo en Japón. Quizás por eso otra gran empresa, la *Kyowa Hakko* -la farmacéutica más antigua de Japón-, acapara hoy el 60% de todo el *Agaricus Blazei Murill* natural brasileño que se vende en Japón y espera poder contar en el futuro con un macrocomplejo de estudio y producción en el estado brasileño de Matto Grosso.

Es más, a pesar de la dificultad de conseguir que crezca fuera de su entorno natural el descubrimiento de las propiedades terapéuticas del

Agaricus Blazei Murill ha provocado la proliferación de sus cultivos en Estados Unidos, China, Japón, Corea, Hawai... dando como resultado la presencia en el mercado de distintas variedades comerciales que no llegan al nivel "excelso" de calidad del brasileño.

Además, en un mercado de miles de millones de personas no podían faltar tampoco los especuladores. Por eso el mercado japonés acapara ya cerca del 80% de la producción del *Agaricus Blazei Murill* natural. China se lleva alrededor de un 10%, Corea del Sur alrededor del 7 % y al resto del mundo le queda del hongo brasileño tan sólo un 3%. Como puede el lector imaginar, esta escasez es aprovechada por los intermediarios que acaparan por adelantado las cosechas en un movimiento puramente especulativo. El resultado es que su precio se ha disparado. Y que hongos producidos de forma masiva fuera de Brasil en grandes instalaciones y que no alcanzan por tanto todas las virtudes del original brasileño son cobrados al mismo precio. Incluso hay quién ha decidido hacer pasar por "natural" hongo producido "industrialmente" en el propio Brasil.

Como referencia, sepa que el precio del hongo originario de la región de Piedade puede costar entre 750 y 1.400 dólares el kilo deshidratado. El genéricamente brasileño de cierta calidad puede llegar a 900 dólares por kilo. El japonés cultivado en Okinawa por el *Iwade Mushroom Institute* -con plantaciones en todo el sudeste asiático- de 600 a 1.000 dólares el kilo. Y el de origen chino en torno a los 250 dólares/kilo.

Claro que sigue siendo mucho más barato que cualquier tratamiento quimioterápico. Por otra parte, además de por kilos en Internet puede encontrarse un amplio número de extractos, pastillas, suplementos, etc. Son, en definitiva, los vericuetos de un laberinto comercial similar al de muchos otros productos -naturales o no- que los interesados deben estar dispuestos a recorrer. Quienes lo han consumido afirman que merece la pena.

COMER PARA SANAR

Evidentemente, en España lo ideal sería facilitar el acceso al producto autorizando la importación del hongo como alimento porque además de sus propiedades terapéuticas resulta ser "un manjar de dioses". De hecho, cuando fue "redescubierto" en 1965 se consideró ya una de las mejores setas del mundo por su calidad gastronómica y se la denominó con el nombre japonés oficial de *Himematsutake* (*Hime-matsutaké* significa literalmente *Princesa Matsutaké*, nombre que habla bien a las claras de su consideración por los especialistas). Por eso aunque es una de las setas más caras del mundo su consumo es tradicional en Japón si bien sólo se tome en ocasiones significativas en razón de su alto precio.

Terminamos explicando que todos los hongos o setas basidiomiceto que se consumen habitualmente en España, aunque sea en proporciones mucho menores, son también antitumorales una vez extractadas. Incluido el champiñón común. Comer hongos es pues, además de nutritivo, muy saludable.

Antonio Muro

Nota: Internet está lleno de referencias al hongo y a diversas marcas que lo comercializan. En todo casi, indicamos al lector que una de las personas entrevistadas para este reportaje cuyo padre se benefició de sus cualidades ha tenido la amabilidad de compartir con nuestros lectores la dirección de correo electrónico de su suministrador, Sidney Rizzo Junior: sidney_rizzo_jr@yahoo.com.br. También puede consultar, por su calidad, la página www.agaricusfarm.com.

Reconocimiento de la efectividad del Agaricus Blazei Murill

Entre la amplia literatura científica de reconocimiento de las propiedades Agaricus Blazei Murill aparecen citas como las siguientes:

-*"Los extractos de Agaricus Blazei Murill han mostrado inicialmente tener actividades anticarcinogénicas y antimutagénicas. Estos resultados sugieren que la actividad antimutagénica, más allá de la modulación del sistema inmunitario, podría estar involucrada en la acción anticarcinogénica del Agaricus Blazei Murill". (Del Manto RD y otros; 2001 Sep. "Efecto antimutagénico del Agaricus Blazei Murill en la genotoxicidad inducida por ciclofosfamida")*

-*"A causa de la influencia del Agaricus Blazei Murill en el cuadro sanguíneo, la hemoglobina de la sangre periférica, las plaquetas y los leucocitos se incrementaron remarcadamente. Entre los pacientes del grupo experimental, 8 alcanzaron una remisión completa (CR) y 2 continuaron sin remisión....". (Tian Xiaohui y otros. Journal of Lanzhou Medical College. Observación Clínica sobre tratamiento de leucemia no linfocítica con Agaricus Blazer).*

-*"El Agaricus Blazei Murill es efectivo a la hora de promocionar la recuperación de hepatocitos de pacientes de hepatitis crónica así como en su incremento inmunológico y actividad antitumoral" (Wang Lirong. Journal of Lanzhou Medical Collage. Observación sobre el tratamiento de Agaricus Blazer en Hepatitis B Crónica).*

Cómo prepararse una infusión de *Agaricus Blazei* Murill

La forma de preparación y administración de la infusión de *Agaricus Blazei* Murill que recomienda el Dr. **Takashi Mizuno**, profesor de Farmacología de la Universidad de Shizuoka, es la siguiente:

- Caliente dos litros de agua en un recipiente, preferiblemente no metálico (y jamás en uno de aluminio).
- Retírelo del fuego cuando hierva y eche en él 30 gramos de champiñón deshidratado. Tape bien el recipiente y deje que se hidrate el producto durante 20 minutos.
- Destápelo de nuevo y póngalo otra vez al fuego -destapado- hasta que hierva. Manténgalo hirviendo entre 30 y 40 minutos (perderá por evaporación entre una cuarta y una tercera parte de su contenido original de agua).
- Apague el fuego, déjelo enfriar y guarde la infusión líquida en el frigorífico para conservarla adecuadamente (eso sí, nunca durante más de 3 días ya que a partir de entonces se apreciará claramente el proceso de oxidación normal que hará ineficaz la infusión). Tampoco debe estar a temperatura ambiente mucho tiempo.
- En cuanto a su ingesta, beba unos 100 mL. (un vasito) de la infusión 3 o 4 veces al día, con preferencia antes de las comidas y antes de dormir. Si le resulta amarga puede endulzarla. -Cabe añadir que los champiñones que quedan flotando al hacer la infusión se pueden aprovechar como acompañamiento de otras comidas.

Personas que viajaron a México y vieron en directo curaciones espectaculares decidí que había llegado el momento de probarlo yo también. Hice saber a mi médico de cabecera mi decisión. Me dijo que él veía una base científica y coherente en esa terapia y me animó a intentarlo

(XX) AFRONTANDO EL CÁNCER CON UREA



El Dr. Joaquín Amat espera en la cárcel a que el Tribunal Constitucional revise su apelación. El Tribunal Supremo ratificó hace unos meses la sentencia de la Audiencia de Castellón que le condenaba por estafa y delito contra la salud pública. La realidad, sin embargo, es que durante años desarrolló una teoría bioquímica sobre el origen del cáncer y creó un sencillo producto que ha contribuido a mejorar -cuando no a curar- a muchos enfermos. Nuestro más alto tribunal revisará su caso pero, sea cual sea su decisión, ello no impide que su propuesta esté científicamente fundamentada -aunque el Supremo lo dude- y que muchos pacientes afirmen que deben su mejoría a él después de que la oncología oficial les desahuciara. Sólo que nadie ha querido escuchar.

No es una cuestión de ideologías. Es una cuestión de poder que sobrepasa a los partidos políticos y a los gobiernos. En el nuestro y en otros muchos países. Lo que hay realmente detrás son billones de euros en juego.

2003. La Administración del Partido Popular pone en marcha una campaña de persecución contra el *Bio-Bac*, contra los médicos que lo recomiendan -a los que se amenaza con la cárcel- y contra los mismos pacientes que, en una acción sin precedentes, se han personado como parte afectada en el proceso judicial. Pero afectados... no por los médicos sino por la Administración que les está impidiendo el acceso a un producto -reconocidamente inocuo- que reclaman como opción personal para tratar distintos tipos de cáncer. Claro que esta maniobra no es nueva...

1984. La Administración del Partido Socialista, después de invitar al médico español **Joaquín Amat** a iniciar los ensayos preceptivos para obtener el reconocimiento de un producto de su creación para tratar el cáncer -el *Amatrisán*- aduce luego deficiencias administrativas e invalida cualquier posibilidad de seguir adelante en su desarrollo.

Comienza entonces un calvario personal y profesional para el doctor Amat que, a pesar de todo, convencido de las posibilidades terapéuticas del mismo en el tratamiento de diversos tipos de cáncer, decide aplicarlo a pacientes generalmente desahuciados por los oncólogos. Hasta que acaba siendo llevado ante la Audiencia Provincial de Castellón acusado de estafa, intrusismo y delito contra la salud pública y es condenado por los tres delitos. Recurrida ante el Tribunal Supremo la sentencia sería rectificada en lo que se refiere al delito de intrusismo -el auto deja claro que todo médico puede legalmente tratar a cualquier enfermo sin necesidad de poseer especialidad médica alguna- pero ratifica los otros dos delitos. Y antes de conocer siquiera oficialmente la resolución Amat es inmediatamente detenido y conducido a prisión. La sentencia -emitida en abril del 2003- le condena a once años de cárcel! y al pago de decenas de millones de pesetas de indemnización a quienes se presentaron ante los tribunales asegurando haber sido engañados por el doctor. Y, sin embargo, ni siquiera en este caso las cosas son lo que parecen a primera vista... Con el máximo respeto para quienes desde la frustración por el fracaso terapéutico en el caso de seres queridos solicitaron indemnización o por la sensación de engaño que por ello pudieron sentir debemos decir que resulta especialmente significativo que muchos otros pacientes renunciaran explícitamente en el juicio a recibir cualquier tipo de indemnización, convencidos de la utilidad del tratamiento. Es más, aun hoy se siguen preguntando por qué las sentencias no recogieron sus testimonios validando el tratamiento y el comportamiento de Amat a quien, en cambio, la sentencia retrata como un estafador sin escrúpulos. Ambas sentencias -tanto la de la Audiencia de Castellón como la del Tribunal Supremo-, repletas de argumentos jurídicos pero, sobre todo, de juicios de valor sobre el presunto comportamiento del doctor Amat, no dedican en cambio **ni una sola línea** a quienes afirman haberse curado de procesos cancerígenos con el tratamiento de Amat, a quienes la mayoría llegó tras haber sido **desahuciados** por la Oncología oficial a pesar de haberse sometido, sin ningún resultado, a los tratamientos convencionales: cirugía, quimioterapia y radioterapia. Tratamientos que tienen, según reconoce la propia sentencia del Supremo resumiendo el sentir de los enfermos, **"efectos espantosos"**.

En suma, ¿estafó el doctor Amat a unos y curó a otros? ¿Cómo es eso posible? ¿Fue Amat un estafador, un loco... o simplemente alguien acosado por ir contra la corriente oficial del pensamiento oncológico?

DOS DELITOS Y UNA SOLA RAZÓN

Más allá de toda la argumentación jurídica parece razonable pensar que no hubiera existido ni "estafa" ni "delito contra la salud pública" si

al producto se le hubiera reconocido su base científica y sus posibles beneficios. En el caso de la estafa la acusación no se mantendría ni un solo minuto porque si el producto es útil los honorarios del médico o los costes del tratamiento no pueden ni deben cuestionarse. Sin ir más lejos, hay clínicas privadas en nuestro país que por un tratamiento oncológico similar al que el mismo paciente puede recibir en la Sanidad pública -si bien mucho más "personalizado"- se le llegan a cobrar en algunos casos más de 180.000 euros (30 millones de pesetas). A pesar de lo cual los pacientes suelen también terminar muriendo. Y, sin embargo, nadie habla de *estafa* en tales casos ni se persigue a esos médicos. Claro que son tratamientos "oficialmente" aceptados...

Llegados a este punto sorprende profundamente que el Tribunal Supremo, para justificar la estafa, afirme en la propia sentencia que *"él mismo (Amat) era plenamente consciente de la ineficacia del tratamiento"*. Una mentira evidente porque Amat jamás ha admitido tal cosa. Es más, la sentencia ignora deliberadamente los amplios y extensos trabajos científicos que sobre su producto y tratamiento realizó, publicó y envió a los principales centros de investigación, hospitales, clínicas y asociaciones profesionales médicas de medio mundo para darlos a conocer. ¿Es ese el comportamiento de un "estafador"? De hecho, el mismo psiquiatra que examinó a Amat para evaluar su estado mental -¿se le pretendía hacer pasar por loco?- escribió que el acusado estaba "autoconvencido" de los beneficios de su producto.

En cuanto al "delito contra la salud pública" es obvio que tampoco se hubiera planteado si se hubiera comprobado o admitido su eficacia. Ni siquiera se hubiera ido a juicio si el producto hubiera sido admitido como útil. Pero es que ese delito no se argumentó ante la posible toxicidad del producto porque la misma es **nula** sino *"por el hecho de su absoluta inoperancia y porque, como reconoce el acusado, su administración sustituía al tratamiento médico convencional con lo cual en una enfermedad de tan acusada gravedad como el cáncer la confianza de los pacientes en esa sustancia inocua (no tóxica) impedía que acudiesen o conservasen otros tratamientos más efectivos poniendo con ello en grave peligro su salud y su vida"*. ¿Tratamientos efectivos? ¿Dónde? ¿Cuáles? Sin ir más lejos, en el diario "El País" del pasado 5 de febrero podía leerse: *"Pese a los esfuerzos científicos por mejorar los tratamientos el cáncer continúa siendo una de las enfermedades mortíferas más graves, tanto en España como en el resto del mundo. Sólo en nuestro país cada año se detectan 135.000 nuevos casos y 92.000 personas pierden la vida (...) A nivel mundial, según datos de la OMS, hay anualmente seis millones de fallecimientos. Y si ahora se diagnostican 10 millones de casos en el*

2020 serán 15 millones dado que la incidencia no deja de aumentar". En definitiva, los tratamientos denominados "eficaces" por el Tribunal Supremo y los oncólogos no resultan ni eficaces para evitar que sigan aumentando los casos de cáncer, ni eficaces para evitar las muertes. Por no hablar del lamentable estado físico en el que malviven la mayoría de quienes ven su vida "alargada" más allá de cinco años con los tratamientos oficiales. ¿Será esto lo que la Sala y sus peritos entienden por efectividad? Quizás se refirieran a algo menos teórico y más práctico: **Miguel Martín**, jefe de la Unidad de Cáncer de Mama en el Hospital Universitario San Carlos de Madrid y director del Grupo español de investigaciones del cáncer de mama, afirmaba recientemente al diario "El Mundo": *"Los tumores mamarios han aumentado aunque no sabemos a qué es debido (...) El 70% de los tumores son pequeños y deben manejarse de otra manera. Sin embargo, entre un 60 y un 70% de los casos los cirujanos extirpan la mama completa porque comparten la vieja creencia de que a mayor cirugía más curación. En los últimos 10 años una decena de estudios ha demostrado que la cirugía conservadora de la mama, junto con la radioterapia, obtiene la misma supervivencia a largo plazo"*. Y en el mismo reportaje **Ricardo Cubedo**, médico adjunto del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Puerta de Hierro, apostilla sobre las amputaciones radicales de mama: *"Creo que ciertas organizaciones deberían tomarse el asunto muy en serio y presionar fuertemente para que esta tendencia se invierta"*. ¿Será esta la eficacia a la que se referían los peritos que declararon contra Amat y cuyos argumentos fundamentaron en gran parte la sentencia contra él? ¿A quién reclaman ahora las mujeres que han sufrido una amputación radical innecesaria porque su cirujano se dejó llevar por "viejas creencias" cuando su cáncer *"debía de manejarse de otra manera"*. Y puesto que lo afirman reconocidos investigadores, ¿no están resultando estafadas un 60 o 70 % de las mujeres con cáncer de mama?

En el juicio contra Joaquín Amat todo giró, en definitiva, sobre las "bases científicas" del *Amatrisán* ya **que ni siquiera las curaciones que los propios pacientes le atribuyeron al producto fueron tenidas en cuenta**. El razonamiento que subyace en el proceso podría formularse de la siguiente manera: *si el producto no tiene base científica reconocida no puede curar y los que dicen que están curados no saben lo que dicen*. Se explica así que se lleguen a considerar las mejorías como producto únicamente de elementos accesorios, tal y como la sentencia asevera gratuitamente: *"La mejoría experimentada en principio por los pacientes derivaba de la masiva administración de corticoides y anabolizantes siendo igualmente de constatar el denominado 'efecto placebo' indudablemente promovido por factores psicológicos como frecuentar el centro médico, a modo de clínica*

residencial, la misma ubicación de dicho centro en el entorno de un paraje tranquilo, limpio, junto al mar..." La sentencia sigue luego relatando cómo era el decorado de las consultas, la ascendencia psicológica del médico y el subjetivismo del paciente. En suma, según los jueces la muerte de algunos de los pacientes del doctor Amat demuestra la ineficacia de su producto -que la inmensa mayoría le llegaran en fase terminal y desahuciados no les importa- y, por extensión, la estafa. Y los que a pesar de estar desahuciados habían salido adelante era gracias al precioso paisaje marino de la clínica de Amat, del apoyo psicológico, del efecto placebo o de cualquier cosa... menos del *Amatrisán*. Si eso bastara para curar de cáncer a personas desahuciadas por los oncólogos no se entiende por qué se permiten los inútiles tratamientos actuales de "efectos espantosos" y no se recomienda a los enfermos que se vayan simplemente a hoteles de cinco estrellas para curarse...

BASES CIENTÍFICAS

¿Un estafador sin escrúpulos? Para aclarar las dudas científicas sobre el producto y la teoría que sustentaría la doble acusación el Tribunal utilizó la opinión de la ciencia oficial y de la Oncología convencional, esa que desde la década de los 80 llevaba reclamando el asilamiento de Amat. Ya el viernes 13 de abril de 1984, cuando el *Amatrisán* luchaba por conseguir los preceptivos permisos oficiales, el diario "*Pueblo*" informaba: "*El Ministro de Sanidad **Ernest Lluch** se reunió ayer con representantes de los Colegios Oficiales de Médicos y Farmacéuticos de Alicante y Valencia para recabar toda la información existente en torno al Amatrisán, el fármaco que según el doctor Joaquín Amat es capaz de curar el cáncer; previamente el Ministerio de Sanidad recabó también la opinión de un grupo destacado de oncólogos y el miércoles un representante de dicho Ministerio mantuvo una prolongada reunión con el doctor Amat*". El domingo 15 el "*Castellón Diario*" desvelaba: "*El Ministerio de Sanidad y Consumo ha desautorizado el medicamento tras los informes recabados de varios estamentos profesionales relacionados con el mundo sanitario español*". Los mismos informes que se repitieron posteriormente ante el Tribunal.

La sentencia, apoyándose en las opiniones de sus "peritos" -*figuras del máximo "respeto humano y científico"*- niega las dos cosas que sustentan la teoría de Amat: que la urea pueda servir en el tratamiento del cáncer y que un desequilibrio en el pH pueda tener algo que ver con la aparición del cáncer.

De la urea dijeron los peritos que "*carece de indicación aprobada como antitumoral y no forma parte de ningún protocolo activo en ese sentido ya que no se le ha encontrado actividad neoplásica alguna*" por

lo que "el tratamiento del doctor Amat a base de urea carece de toda base científica. Sería, en definitiva, como un cubo de agua arrojado al mar".

No mucha mejor opinión mereció la teoría bioquímica de Amat: *"Es una mezcla de datos bioquímicos extraídos probablemente en gran parte de libros de texto sobre la materia, efectuando digresiones muchas veces innecesarias, seguidas de especulaciones desafortunadas y obteniendo conclusiones a menudo erróneas".* Y en cuanto a la hipótesis de Amat sobre la alteración del pH como inicio de la actividad tumoral dijeron: *"Es falso que la alteración del pH del organismo sea la enfermedad cancerosa y que esa alteración -variando el equilibrio orgánico ideal entre acidosis y alcalosis- proceda de dicha variación o pérdida de equilibrio, y que si se controla el pH se regulan y neutralizan los valores ideales y se detenga el avance de la enfermedad".* En resumen, dice la sentencia: *"Todos los peritos han manifestado no estar de acuerdo con la exposición de la teoría del acusado".* Todos -añadiremos nosotros- los que declararon. Porque los tres peritos propuestos por la defensa no fueron escuchados: dos procedentes de Panamá que no se presentaron en el juicio porque desde España no se cumplieron determinados requisitos formales, algo que el actual equipo defensor de Amat considera en su recurso ante el Constitucional como *"una clara vulneración de las garantías del proceso"* y un tercero, el bioquímico español **Antonio Paneque**, propuesto y admitido previamente por la Sala, **al que estando presente en la sala se le negó la posibilidad de declarar** sin que ello tuviera consecuencias posteriores en el proceso. Con tales mimbres confeccionó la Sala el cesto definitivo. Según los jueces, si lo de la urea y lo del pH era mentira... la teoría y el producto también; y, por tanto, hubo estafa y delito contra la salud pública. Y con tal argumento condenaron a once años de cárcel a Amat.

Si en el caso de la ley se dice que su ignorancia no exime de su cumplimiento, en este caso podría decirse que la ignorancia de los jueces y sus expertos peritos no puede ocultar la realidad ya que las evidencias están ahí.

LA ALCALOSIS Y EL CÁNCER

Y es que puede compartirse o no la teoría de la relación del pH, de la alcalosis orgánica, con el cáncer; pero está ahí. Y es una línea de investigación tan válida al menos como muchas otras que están siendo desarrolladas actualmente sobre el origen del cáncer, como refleja entre otros el artículo del *British Journal of Cancer* de septiembre del 2003 titulado *La dinámica del ión de hidrógeno y el intercambio sodio-hidrogeniones en la angiogénesis y antiangiogénesis del cáncer*". Un

artículo que comienza diciendo: *"En los últimos años se viene prestando una creciente atención a la dinámica del ion de hidrógeno en diferentes áreas del cáncer, tanto a nivel de la investigación básica como clínica. Estos esfuerzos están principalmente basados en el crucial papel que tanto el transporte iónico a través de la membrana celular y/o el pH intracelular juegan en una multiplicidad de aspectos de la biología de las células tumorales de diversos orígenes. Es ampliamente reconocido que una elevación del pH intracelular está directamente relacionada tanto con la actividad de una gran variedad de factores de crecimiento como con la función de algunos de los oncogenes más generalizados, con la síntesis de DNA, la transformación y proliferación celular, el proceso metastático y la resistencia múltiple a fármacos antineoplásicos"*.

En suma, dicho artículo recoge los trabajos de un grupo de investigadores de diversos países -entre ellos de España- de los que nos hacíamos eco hace unos meses en **Discovery DSALUD** que ponen en relación directa el cáncer y el aumento del pH intracelular. Un desequilibrio que puede ser causado por circunstancias medioambientales que afecten al organismo a nivel celular (factores de crecimiento celular) o inducido genéticamente.

Es decir, a lo largo de múltiples trabajos efectuados durante los últimos años se ha podido confirmar que las células cancerosas de diferentes orígenes -desde leucemias a tumores sólidos, animales y humanos por igual- presentan sistemática y continuamente un pH intracelular anormalmente elevado (alcalino). Y que todas las personas con cáncer sufren -siempre según indican esos estudios- una "alcalosis celular maligna" en las células tumorales, específicamente causada por una continua e incontrolada extracción de iones de hidrógeno del interior de la célula. Por tanto, y de acuerdo con estos estudios, el desequilibrio ácido-base podría ser la causa inicial, específica y probablemente única de la transformación de una célula sana en una célula cancerosa. Además se ha constatado que, una vez puesto en marcha el proceso canceroso, para que se produzca la replicación celular debe mantenerse un cierto pH intracelular elevado que inhiba todo intento de inducir la apoptosis selectiva -muerte- de las células malignas.

Sirvan como referencia adicional algunos párrafos extraídos de diversos artículos científicos que profundizan en la misma línea:

"Este conjunto de observaciones y evidencias sugieren que la anomalía homeostática representada por un elevado pH celular (alcalosis) es la principal razón por la cual muchos genes -tanto oncogenes como genes supresores anormales- desempeñan funciones patológicas tanto en el origen como en el crecimiento y la progresión tumoral incontrolada".

- "Es altamente significativo que la misma anormalidad homeostática que juega un papel en la transformación y desarrollo tumoral a nivel celular sea la misma que sistemáticamente precede e incide en la carcinogénesis de las diversas mucosas y áreas del organismo; es decir, un pH epitelial (las células epiteliales ayudan a proteger o circundar los órganos) localmente elevado en los lugares de posterior aparición de diversos procesos neoplásicos y tumores malignos."

En suma, se puede estar científicamente de acuerdo o no con lo anteriormente expuesto pero desde luego no puede negarse su evidencia por el tribunal. Hay abundante información científica al alcance de quien quiera buscarla que relaciona el pH y el cáncer, la alcalosis y los tumores. Aunque los "peritos" que declararon ante el Supremo lo ignoren o lo oculten.

LA UREA

Cabe añadir también que la urea -por mucho que algunos oncólogos españoles quieran ignorarlo- ha sido utilizada en el tratamiento del cáncer. Ya en 1954 el médico griego **Evangelos Danopoulos** informó de que la orina tenía propiedades anticancerígenas. Y años después identificó la urea -producto final del metabolismo de la proteína y sustancia principal excretada en la orina- como agente anticancerígeno activo, un producto muy barato que puede comprarse al peso. En 1977, por su parte, investigadores del Centro Médico de la Universidad de Illinois (EEUU), tras investigar sobre la actividad de la urea, indicaron que cuando se administra en las condiciones adecuadas y en concentraciones apropiadas trastoca la barrera celular e interfiere con los procesos necesarios para el crecimiento descontrolado de las células tumorales: *"Nuestros resultados -publicaron- son consecuentes con las publicaciones de Danopoulos (1974) considerando muy efectivos los efectos de la urea en el tratamiento de cáncer de hígado y piel"*.

Con el paso de los años Danopoulos demostró la eficacia del tratamiento con urea en centenares de casos de cáncer de piel, párpado, labios y ojos inyectando una solución de urea alrededor de los tumores y aplicando polvo de urea en los tumores superficiales ulcerados. **Sus resultados llegaron a acreditar un 99% de éxito.** Oralmente la urea también ayuda en el cáncer de hígado siempre y cuando éste ocupe menos de un tercio del tamaño del hígado. Y ayuda en los tumores pulmonares pequeños así como tras la cirugía en casos de cáncer de intestino (sólo en un 25% se desarrollaron metástasis en los dos años siguientes a la intervención). Es más, existen investigaciones que demuestran que una solución de urea inyectada en las muestras de los tumores provoca una reducción inmediata de tamaño del tumor.

Debemos agregar que existen muchas más referencias científicas que recogen las implicaciones de la urea en distintos procesos bioquímicos relacionados con el cáncer que también fueron ignoradas durante el juicio a Amat. Estudios del Departamento de Bioquímica de la Universidad de Durham (Carolina del Norte, EEUU) publicados ya en 1961 ponían de manifiesto la capacidad de la urea para inhibir la actividad enzimática: *"El análisis de inhibición de urea en una serie de diversas enzimas indica que la urea es, en general, un competitivo inhibidor de enzimas, las cuáles actúan sobre los sustratos orgánicos (...) Se han estudiado en este trabajo 21 enzimas diferentes entre las cuales se encuentra la láctico-deshidrogenasa, enzima fundamental de la glicosis anaerobia en los tumores"*.

También el Departamento de Fisiología Celular del Instituto Anticáncer Helénico de Atenas publicó en 1983 una investigación sobre los efectos citoquinéticos y citotóxicos de la urea en cultivos de células Hela en suspensión: *"Los cultivos constantemente expuestos a urea muestran un descenso del índice mitótico indicando que la entrada de estas células en mitosis es más baja"*.

Y el Servicio de Nefrología y laboratorio de investigación clínica del Hospital Universitario Hadassah de Jerusalén tiene publicado un estudio con ratones en los que *"se sugiere que la urea puede ser un factor responsable de la inhibición del crecimiento tumoral"*.

Mayor discrepancia existe en cambio sobre la forma de aplicación de la urea en el tratamiento de los distintos cánceres habiéndose realizado con tratamientos tópicos, de carácter oral y a través de inyecciones locales sobre el tumor o zonas adyacentes. Amat, en su teoría, va un paso más lejos sosteniendo que pueden producirse efectos beneficiosos y multiorgánicos a través de inyecciones en el deltoides o glúteos. Pero controversias aparte -que son lógicas en el mundo de la ciencia y la investigación- lo que indudablemente demuestran todos los estudios citados y muchos otros que no lo han sido por falta de espacio es que sí ha existido y existe una línea de trabajo de investigación clínica con enfermos y básica en laboratorios que relacionan directa o indirectamente la urea, los procesos bioquímicos y las masas tumorales.

TEORÍA...

Amat, pues, no mentía ni fabulaba cuando vinculaba su teoría a la urea y a la evolución del pH. Y aunque es difícil resumir en pocas líneas un pensamiento que ocupa un tratado de más 1.200 páginas y años de investigación trataré de explicar brevemente lo que entiende Amat que ocurre en nuestro organismo con la alcalosis, la urea y los tumores.

En un planteamiento que le acerca mucho a la Medicina Tradicional

China o Medicina Energética en cuanto que ésta contempla un desarrollo orgánico dinámico en continua compensación entre el yin (alcalino) y el yan (ácido) para conseguir un equilibrio que es igual a salud. Amat entiende que a lo largo de las 24 horas del día el pH del organismo pasa de una situación de alcalosis a una de acidosis poniéndose en marcha a cada momentos respuestas bioquímicas que van provocando la inversión del proceso. Para Amat el auténtico mecanismo regulador de todo el proceso es el mecanismo renal de la glutamina (aminoácido). Cuando en el ciclo continuo el organismo llega a un estado de acidosis, la glutamina en el riñón -por acción de la enzima glutaminasa- se escinde en glutamato y amoníaco (eliminado por la orina) iniciando un proceso en el que tras capturar hidrogeniones (iones de hidrógeno) y regenerar el ion bicarbonato desciende la acidosis y se conduce todo el medio progresivamente a la alcalosis aumentando la producción de urea en uno de los muchos procesos bioquímicos implicados.

Cuando el ciclo se invierte cesa la hidrólisis (ruptura de enlaces químicos) de la glutamina ya que la alcalosis es un inhibidor de la acción de la enzima glutaminasa y, en consecuencia, cesa el aporte de otra sustancia: el alfaetoglutarato del ciclo de Krebs (mecanismo que en el interior de la célula transforma los alimentos en energía utilizable). Cuando desciende el nivel de funcionamiento de este ciclo de Krebs uno de los resultados es que comienza a producirse ácido que ayuda a corregir la situación de alcalosis para que ésta no alcance niveles peligrosos para la supervivencia orgánica, sobre todo para la célula mas sensible a la misma que es, según Amat, la neurona cerebral. Como la neurona, por naturaleza, no está capacitada para producir ácido láctico capaz de neutralizar el alcalí, las células llamadas facultativas -sobre todo las musculares estriadas- que pueden hacer el ciclo de Krebs y la glicolisis (primera etapa del metabolismo de la glucosa) son las encargadas de regular la situación adversa y sacar del apuro metabólico a las neuronas. Ahora bien, este ciclo natural puede verse alterado por razones genéticas o medioambientales que causan alteraciones en los mecanismos celulares encargados de regular la alcalosis y conducirla hacia la acidosis. El organismo, ante esta alcalosis no crónica pero sí persistente, no fallece, se adapta. Y precisamente en ese intento de adaptarse provoca lo que conocemos como cáncer. Amat considera que primero son las células musculares estriadas las que intentan controlar la situación pero cuando su capacidad de neutralizar el álcali produciendo ácido láctico queda sobrepasada nuevas células facultativas comienzan a trabajar a nivel genético con el fin de crear más células y más ácido con lo que se inicia la formación de un tumor maligno. El tumor no sería, en tal caso, más que una reacción de

defensa ante una situación de emergencia que podría conducir a la muerte.

El tumor, a través de la producción de ácido láctico de las nuevas células, trata de conducir de nuevo el medio interno a la acidosis. En ese proceso se pone en marcha de nuevo la hidrólisis de la glutamina y comienza la formación de glucosa almacenándose en forma de glucógeno. Pero como las necesidades de glucosa del tumor son enormes comienza a devorar el glucógeno para lo cual estimula su escisión produciendo ácido láctico que termina transformándose en lactato sódico y regenerando el bicarbonato reiniciándose así el camino a la formación de alcalosis y contribuyendo también a la formación de glucosa. Ahora bien, como las células encargadas de invertir el proceso de alcalosis tienen un funcionamiento metabólico erróneo, un circuito infernal comienza a funcionar: más tumor produciendo cada vez mayor acidosis, la cual conducirá a una mayor alcalosis y a mayor formación de glucosa para alimento del tumor que crecerá indefinidamente. Si el problema que produce la desestabilización metabólica continúa, tal como normalmente ocurre, el tumor se verá obligado a crecer, se hará más grande, ocupará más espacio y entrará en metástasis continuando su proceso hasta que el sujeto fallece.

El excesivo gasto de la glutamina hace que la misma descienda y, al gastarse en exceso, se forme mucho glutamato el cual se escinde en alfaetoglutarato y amoníaco, yendo éste último al ciclo de la urea, aumentando su producción y, por tanto, la cantidad de la misma en sangre. Existen diversos estudios metabólicos que, de forma paralela a los realizados por Amat, han asociado la combinación de niveles anormalmente bajos de glutamina y de cisteína en el plasma, una baja actividad de la célula asesina natural (nk), la consumición del músculo esquelético o fatiga muscular y los altos niveles de producción de urea. Pues bien, la conclusión de Amat es que **se puede interrumpir ese círculo vicioso que conduce inexorablemente al crecimiento tumoral aportando urea concentrada ya que el organismo iniciaría un mecanismo de respuesta inversa**. Se frenaría así la formación de urea en el hígado a partir del amoníaco por lo que no sería necesario que el glutamato se hidrolizase para formar amoníaco, ni que se hidrolizase la glutamina para formar glutamato. De esta manera, según el doctor Amat, en un sistema en el que todo influye en todo ciertas rutas bioquímicas se verían afectadas hasta conseguir que no se formasen excesivas cantidades de glucosa y que no se hidrolizase glutamina en el riñón, con lo que se regularía la alcalosis subclínica que estimula el crecimiento tumoral. Se recuperaría así el nivel de glutamina en sangre descendiendo el nivel de urea en la misma y el nivel de glutamato con lo que la inmunidad comenzaría a funcionar de manera normal. Al regularse el metabolismo ascendiendo

los depósitos de glutamina, descendiendo la urea y el glutamato, el tumor ya no cumple ninguna función y es eliminado tras ser reconocido por el sistema inmune que lo destruye fagocitándolo. Es más, la propia naturaleza de este proceso hace que la urea sea válida -en opinión de Amat- para el tratamiento de otras enfermedades ya que muchas participan de la excesiva producción de ácido láctico: las cancerosas, las inflamatorias, las infecciosas e, incluso, el excesivo trabajo del atleta porque todas conducen a una caída más o menos grande de la capacidad del sistema inmunológico. Es decir, parte de la base de que cualquiera que sea el origen de la enfermedad el organismo necesita grandes cantidades de glucosa para realizar su trabajo, paradójicamente defensivo. Y normalmente esos mecanismos producen un exceso de ácido láctico, el cual fuerza la ruta bioquímica necesaria para producir glucosa lo que hace descender las reservas de glutamina y aumentar el glutamato y la urea en sangre. Por eso, según Amat, múltiples enfermedades son aliviadas o curadas con solo regular la producción de urea ya que ello provoca la regulación de todo el cuadro metabólico además de conseguir normalizar el funcionamiento del sistema inmunitario. Esta es, trabajosamente resumida, la teoría de Amat que algunos bioquímicos tachan de absurda y producto de "elucubraciones sin sentido". Y lo más grave de todo esto es que Amat no puede tratar de defender sus ideas... porque lo han metido en la cárcel.

...Y PRÁCTICA

Nosotros entendemos en la revista que, más allá de la exactitud de la teoría y puesto que existen argumentos científicos -como hemos visto- que relacionan el pH y la urea, parece lógico pensar que el Tribunal Supremo hubiera debido examinar el desarrollo clínico de los casos presentados como curaciones por Amat. Porque hubiera podido ocurrir -no sería la primera vez en la historia de la Ciencia- que incluso no siendo exacta la formulación teórica sobre cómo la urea cambia lo que cambia en cada uno de los muchos eslabones bioquímicos de una larga cadena de ciclos interactivos el resultado final fuese que realmente funcionase -aunque fuera por otras vías- y detuviera el crecimiento tumoral. De hecho, los casos están ahí y los testimonios de sus protagonistas también. Muchas personas que fueron desahuciadas por los oncólogos son "la prueba viva" -como afirman ellos mismos- de la validez del *Amatrisán*.

Fue, por ejemplo, el caso de **Celsa Vázquez**. El 15 de mayo de 1985 esta mujer fue intervenida quirúrgicamente extirpándosele un bulto de su pecho y los ganglios de la axila afectados. La anatomía patológica reveló que se trataba de un *carcinoma ductal infiltrante*. Como tratamiento complementario se la sometió a seis ciclos de

quimioterapia y, seguidamente, a veintisiete sesiones de radioterapia, una experiencia que Celsa recordaba para **Discovery DSALUD**: *"Pasé todo un año de durísimo sufrimiento, por la agresividad de los tratamientos, con la esperanza de que todo quedara ahí pues mis médicos me dijeron que todo iba bien. Además creía en Dios y en la Medicina. Hacia finales de octubre de 1986, en un control radiográfico y analítico, me detectaron recidiva de la enfermedad y fui sometida en noviembre a una mastectomía radical de la mama derecha cuya biopsia reveló la falta de eficacia del tratamiento a que había sido sometida ya que nuevas tumoraciones invasivas estaban en marcha. Mi moral y la confianza en la medicina se caería por los suelos. A mi esposo, en privado, los médicos le informaron de que la situación se había agravado debido al grado de malignidad de la enfermedad y la falta de respuesta al tratamiento. Recuperada de mi postoperatorio y mediante cita previa volví a consulta médica. Mis médicos volvieron a proponerme repetir el tratamiento de quimio y radioterapia. Asustada y sin moral para continuar me negué a someterme a dicho tratamiento. Y le pregunté a una de mis doctoras para qué iba a servirme la quimioterapia si antes no me había servido. Su contestación me abrió los ojos en cuanto a las sombras, dudas y verdades que se dicen sobre la quimioterapia y el cáncer. Me dijo: 'Mire, es como matar pulgas a cañonazos pero es lo único que tenemos'".*

Pues bien, como en tantos otros casos, con la esperanza tocando fondo y la cuenta atrás en marcha al marido de Celsa le hablaron de Joaquín Amat y de un tratamiento de su creación contra el cáncer. El relato de Celsa en este punto se llena de agradecimiento: *"Mi esposo y yo no dudamos en acudir a su consulta. lo que hicimos el 18 de marzo de 1987. Mi primera consulta clínica con él recuerdo que fue en Benicarló. Su enfoque me inspiró confianza y serenidad. Acepté y mes a mes fui mejorando con su tratamiento a base de urea conocido por Amatrísán. Para mi felicidad y la de mi familia volvió de nuevo a encenderse la luz de la esperanza. Hoy, casi 17 años después de mi primera consulta con el Dr. Amat, disfruto cuando menos de buena calidad de vida. Mis análisis clínicos y de más pruebas radiológicas realizados en centros médicos dependientes del Sergas en Galicia dan resultados negativos, lo cual me confirma con certeza que el Dr. Amat ha sabido ayudarme en el plano integral de mi enfermedad. Doy gracias a Dios por haberle conocido y confiar en él".*

Añadiremos que Celsa quiso aprovechar la ocasión de nuestra comunicación para tratar de hacer llegar un mensaje "a quien corresponda": *"Soy consciente de que el Dr. Amat no está en posesión de la verdad absoluta. Pero tampoco existe la verdad absoluta respecto a los tratamientos convencionales para el cáncer. Prueba de*

ello es la elevada tasa de mortalidad. Y no hablemos ya de los efectos secundarios".

También **María Aranzazu Uriarte** quiso mostrar a través de estas páginas *"su adhesión, agradecimiento y reconocimiento profesional al Dr. Joaquín Amat por su lucha para combatir el cáncer y su dedicación plena a los enfermos. Me planteó claramente la gravedad de mi enfermedad y siempre ha supuesto para mí, como paciente, ese pilar donde apoyarme para superar mi enfermedad"*. En 1984, con 30 años de edad, a María le fue diagnosticado un *"adenocarcinoma de estómago en estadio C de Duke y adenocarcinoma metastásico de ganglios linfáticos"*. El 8 de mayo de ese mismo año fue intervenida quirúrgicamente para su extracción con resultado de una gastrectomía total. En el mismo hospital se le recomendó tratamiento oncológico con quimioterapia. *"Tras informarme de los resultados, como ninguno me daba garantías de curación la prioridad para la elección era 'mi calidad de vida' así que decidí comenzar el tratamiento con el medicamento del doctor Amat el día 18 de junio. A partir de ese momento fui mejorando paulatinamente consiguiendo unos resultados tan positivos que me dieron el alta en octubre del mismo año, fecha en la que reanudé mi actividad laboral. En la actualidad mi vida y mis funciones fisiológicas son normales, con los cuidados expresos de haber sufrido una gastrectomía total. Y los controles rutinarios de cada año, hechos por el cirujano que realizó la intervención quirúrgica, están dentro de la normalidad."* María Aranzazu tiene muy claro quién la curó y la dura experiencia por la que atravesó le ha servido a para llegar a sus propias conclusiones: *"Dado que la posición oficial es contraria a este tratamiento -nos diría- quiero también que se conozca la opinión de los que llevamos viviendo unos cuantos años de regalo gracias a su medicamento. Cuando una persona se encuentra frente a la muerte y sin remedio aparente tiene el derecho de buscar una solución. Y muchos tuvimos la suerte de encontrarla. Las personas que no creen en el tratamiento del doctor D. Joaquín Amat son libres para no recibirlo pero quienes creen que pueden tener la más mínima posibilidad de vencer a la enfermedad, y más cuando la medicina convencional no da ninguna seguridad de curación, deben ser libres también para recibir el tratamiento que deseen"*.

Una reclamación tan sencilla.... como imposible actualmente. Porque hoy no se respeta el derecho que cualquier enfermo tiene a ser tratado como un adulto responsable capaz de elegir el tratamiento que desee. En el caso que nos ocupa, por ejemplo, podríamos llenar varias revistas sólo con los testimonios de quienes no se sintieron estafados y sí aliviados o curados por Amat. Pero no haríamos sino reiterar con distintos nombres y padecimientos historias similares a las de Celsa y María. De hecho, si tales testimonios se hubieran tenido en cuenta por

los jueces que han dictaminado sobre este caso y además hubieran tenido conocimiento de las argumentaciones científicas aquí expuestas el veredicto final habría sido otro y probablemente Amat no estaría en la cárcel porque sólo habría cometido, en el peor de los casos, un simple delito administrativo al no tener registrado el producto (y encima no por falta de voluntad suya) .

Los jueces han perdido la oportunidad de aprovechar el caso de Amat para abrir un debate científico sobre el *Amatrisán*... y sobre los tratamientos oncológicos oficiales. Porque la experiencia demuestra que todo descubrimiento novedoso que rompe los esquemas establecidos provoca siempre una reacción virulenta en contra. Le ha ocurrido a Amat. Y a **Fernando Chacón** con el *Bio-Bac*. Y al doctor **Ryke Geerd Hamer**. Ya muchos otros. Le ocurrió incluso a **Alexander Fleming** cuando en febrero de 1929 comunicó por primera vez sus resultados sobre los efectos y posibilidades de la penicilina en el Medical Research Club de Londres ante un nutrido auditorio de colegas que acogieron su descubrimiento con absoluta frialdad e indiferencia. En 1945 -dieciséis años más tarde y después de millones de muertos que pudieron haber salvado sus vidas si se le hubiese escuchado- Fleming sería recompensado con el Premio Nobel.

El doctor Joaquín Amat espera ahora en la cárcel a que decida sobre su caso el Tribunal Constitucional. Pero nosotros tenemos claro que, independientemente de si su teoría sobre el origen del cáncer se revela en el futuro más o menos exacta y su tratamiento con urea demuestra una mayor o menor eficacia, mientras haya enfermos que se declaren curados por él, intentar hacerle pasar por un charlatán y estafador en lugar de un investigador, científico y médico preocupado por hallar una solución a la enfermedad del cáncer sí que es una auténtica estafa a la sociedad y un delito contra la salud pública de todos los enfermos de cáncer actuales y futuros. *aunque con*

(XXI) GREEN

SAP: GOTAS HOMEOPÁTICAS CONTRA EL CÁNCER



**¿Es realmente posible tratar el cáncer con Homeopatía?
¿Permite de verdad recuperar la salud incluso en una enfermedad tan grave? Desde Uruguay nos llega información sobre los excelentes resultados obtenidos con un producto homeopático denominado Green Sap (GS) que ha sido desarrollado por un equipo multidisciplinar encabezado por el oncólogo Bernardo Udaquiola, miembro del Instituto Nacional de Oncología del Uruguay.**

La base de *Green Sap*, un producto homeopático desarrollado en Uruguay que está demostrando grandes posibilidades en el tratamiento del cáncer y, sobre todo, en la mejora de la calidad de vida de aquellos enfermos que deciden compatibilizar el tratamiento convencional con el homeopático, está en la mezcla de tres plantas: plántago, carqueja y romero. Y a su eficacia se suma el hecho de que no provoca efectos colaterales y es inocuo incluso a grandes dosis. El equipo que se encuentra tras su elaboración está coordinado por un oncólogo, **Bernardo Udaquiola** -Jefe de Sala en el Instituto Nacional de Oncología del Uruguay y probablemente el médico con mayor casuística en los últimos 5 años del *Programa Nacional contra el Cáncer de Mama*- y cuenta con otros importantes nombres de la medicina uruguaya e iberoamericana.

Hay que resaltar que, a pesar de su condición de oncólogo convencional, cuando Udaquiola estudió y constató las posibilidades del producto homeopático que hoy nos ocupa no dudó en incorporarlo a su arsenal terapéutico: *"Sin duda, las gotas son una alternativa a los tratamientos convencionales puesto que complementan la terapia convencional disminuyendo todos los efectos adversos ocasionados por ella, sea quimioterapia o radioterapia, además de poseer una comprobada propiedad antitumoral. Creemos que es un excelente tratamiento complementario. Tengo la convicción profesional de que no hay que descartar ninguna posibilidad terapéutica, en concordancia con mi filosofía de trabajo según la cual el bienestar del paciente está*

por encima de las escuelas terapéuticas. Mi idea es adherirme a resultados concretos y no aferrarme a escuelas de tratamiento descuidando el objetivo último que es el paciente".

Cabe recordar que la Homeopatía está reconocida y regulada oficialmente por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay donde goza de amplia tradición y aunque no está considerada una especialidad médica existen comisiones que estudian su aplicación en el Sindicato Médico del Uruguay y en el Ministerio de Salud. En todo caso, aún se desarrolla fundamentalmente en el ámbito de la medicina privada y no en las sociedades médicas privadas de asistencia ni en los centros hospitalarios dependientes del Ministerio de Salud. *"No me está permitida su aplicación en el Instituto por las normas del Ministerio de Salud Pública -nos reconocería Udaquiola- pero no soy cuestionado en cuanto al uso del mismo como recurso terapéutico a nivel privado".*

El producto -que cuenta con todos los registros necesarios y puede ser libremente recetado y adquirido en las farmacias uruguayas- se elabora bajo la dirección técnica de la química farmacéutica **Serrana Pieri** en la farmacia homeopática *Farmeco*, situada en las inmediaciones del Ministerio de Salud Pública de Montevideo.

"Green Sap -nos explicaría el doctor Udaquiola- es un producto natural extraído de hierbas Por un lado, actúa provocando la muerte de células neoplásicas y, por otro, refuerza la respuesta inmunitaria del paciente. Y entendemos que si no ha sido aún más notorio el apoyo institucional se debe al escepticismo médico que todavía existe respecto a las terapias alternativas en nuestro país a diferencia de lo que ocurre en otros países desarrollados, principalmente en Francia y Alemania".

HOMEOPATÍA Y CÁNCER

La verdad es que cada vez es mayor el número de enfermos que recurre en los países desarrollados a las terapias alternativas y muy especialmente a la Homeopatía a la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera una forma de medicina complementaria. Sin embargo, la Homeopatía -palabra grecolatina que procede de *homio* (semejante) y *pathus* (sufrimiento)- es en realidad una manera de tratar la enfermedad completamente distinta a la convencional o alopática que cuenta ya con más de 200 años de experiencia y cuyos medicamentos son preparados a partir de productos de los 3 reinos clásicos de la naturaleza:

-El mineral. Como ejemplo podemos citar el arsénico, el mercurio, la plata, el oro, etc.

-El vegetal. Gran parte de los medicamentos homeopáticos se preparan a partir de plantas.

-El animal. Sirva como ejemplo que Apis se elabora a partir de la

abeja y Lachesis con veneno de cobra.

Hay que añadir que la Homeopatía tiene su propio cuerpo doctrinal en el que destacan dos pilares básicos: el principio de la similitud y el uso de diluciones. El primero indica que los pacientes con determinados síntomas pueden ser curados tomando las dosis adecuadas de aquellos productos capaces de provocar esos mismos síntomas. El segundo principio sostiene que el remedio homeopático conserva la actividad biológica de un producto incluso cuando éste es repetidamente diluido hasta la práctica desaparición física de cualquier rastro de molécula cuantificable del mismo. Una cualidad que es precisamente la que se utiliza como argumento para atacar los tratamientos homeopáticos al considerar algunos imposible que cantidades de ingredientes tan pequeñas -incluso insignificantes- puedan inducir cambios significativos en el organismo. Sencillamente, choca con los modelos farmacológicos clásicos.

Sin embargo, una investigación realizada en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard -la *Harvard Medical School*- sobre el funcionamiento de las células T ponía de manifiesto la existencia de una regulación inducida por muy pequeñas concentraciones de la sustancia antígeno lo que puede servir como modelo para explicar por qué los productos homeopáticos tienen efectos terapéuticos.

Como consecuencia de estos principios la Homeopatía cuenta hoy con una farmacopea completamente distinta a la farmacopea alopática. A fin de cuentas sus principios son diferentes pues el medicamento homeopático no obra mediante las leyes de la química o la bioquímica sino mediante la física de la energía vital.

Cabe añadir -por su importancia- que el *Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos (CIDEM)* de Cuba realizó un amplio análisis de la información existente en torno al tratamiento del cáncer con Homeopatía para lo cual utilizaron principalmente tres bases de datos -Medline, Cancerlit e IPA- en el período 1960-2000. Y en la investigación realizada a través de esas bases de datos bibliográficas que recopilan la información publicada en el ámbito internacional detectaron que la Homeopatía es utilizada con eficacia como terapia alternativa en los siguientes casos relacionados con el cáncer:

- Refuerzo de células inmunocompetentes.
- Tumores.
- Fatiga y ansiedad producidas durante las diferentes fases de la enfermedad.
- Ataques de pánico durante la quimioterapia del cáncer de mama.
- Reacciones de la piel durante la radioterapia del cáncer de mama.
- Espasmo muscular doloroso. Neoplasma de médula espinal.
- Condrosarcoma de los dedos.
- Toxicidad dermatológica y ulceraciones así como dermatitis provocada

como efecto adverso en la quimioterapia con Paclitaxel.

-Condiciones precancerosas, prevención de tumores postoperatorios, tumores operables e inoperables.

-Carcinoma pulmonar.

-Calidad de vida.

-Tumores de la piel.

-Leucemia linfática.

PROPIEDADES

Serían las inquietudes del doctor Udaquiola -Jefe de Sala de Autoválidos del Instituto Nacional de Oncología del Uruguay (INDO)- ante la necesidad de buscar nuevas vías de tratamiento que aliviaran y mejoraran la salud de sus pacientes -nos diría- las que le llevaría a investigar las propiedades terapéuticas de algunas de las hierbas de uso tradicional frecuentemente utilizadas en Uruguay. *"Los médicos debemos tratar siempre de mejorar la calidad de vida del paciente porque no todo consiste en tratar el tumor, también que hay que contemplar al 'huésped'".* El caso es que con el tiempo Udaquiola terminaría centrando su interés en tres plantas -el plántago, la carqueja y el romero- tras realizar numerosos preparados que fue probando en animales en la ciudad de Rocha con la colaboración del veterinario **Carlos Julio Rodríguez**, especializado en clínica médica y cirugía en animales. Hasta que finalmente se constató que la tintura madre elaborada a partir de las tres plantas mencionadas presentaba enormes propiedades antitumorales. *"Hoy puedo afirmar -nos diría C. J. Rodríguez- que estamos frente a un poderoso ayudante en la eliminación de tumores. En muchos casos se ha logrado hasta la remisión total y en otros se ha logrado reducirlos para luego extraerlos mediante una simple operación quirúrgica. También hemos notado que en esos casos los animales no presentan recidivas posteriores".*

A la vista de los buenos resultados obtenidos Udaquiola decidiría configurar un equipo multidisciplinar integrado por profesionales de diferentes áreas entre los que incluyó veterinarios, químicos, farmacéuticos, ingenieros agrónomos, biólogos y bioquímicos así como investigadores de diversos países que aunaron esfuerzos en busca de un mismo objetivo: el desarrollo terapéutico y comercial del **Green Sap**.

Las primeras pruebas confirmarían lo que la práctica ya había constatado en animales: el producto tiene propiedades antioxidantes y actividad inmunoestimulante, antitumoral, colagoga -estimulante para la evacuación de la vesícula biliar- y hepatoprotectora además de provocar una sensible mejoría del estado general. Todo ello como resultado del efecto sinérgico entre los tres componentes del producto. Posteriores estudios de laboratorio realizados en el *Centro de Estudios*

Farmacológicos y Botánicos" (CEFYO) -entidad dependiente del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Republica Argentina- confirmaron la existencia de ese efecto sinérgico entre las hierbas. Para ello se determinó el porcentaje de inhibición de la proliferación celular de la tintura madre (mezcla de las tres hierbas) y de cada tintura de extracto de hierba por separado, en distintas diluciones (operaciones sucesivas de reparto de la tintura en un vehículo inerte, generalmente el alcohol) En una primera fase de las pruebas pudo comprobarse un notable porcentaje de inhibición de proliferación celular en cada hierba por separado siendo el romero la que más destacó en este aspecto según los datos del equipo del doctor Udaquiola.

En la segunda fase pudo comprobarse que, a iguales diluciones, eran mayores -en todos los casos- los efectos inhobitorios de la mezcla de las tres hierbas que el de las hierbas por separado. Comparando los efectos inhibitorios, la prevalencia de la sinergia de las tres plantas quedó especialmente de manifiesto en la dilución 1/500 (1cc de tintura, 499 cc de solvente, soporte para la dilución), proporción en la que los extractos de las hierbas por separado no provocan inhibición alguna mientras que la mezcla de las tres -a esa misma dilución- presenta un porcentaje de inhibición de la proliferación celular en la línea de células cancerosas del 51,7 %.

Una vez comprobada la efectividad de la formulación de la tintura madre mediante experimentación con animales se trabajó en la búsqueda de los porcentajes adecuados de la mezcla con diferentes diluciones y solventes. La mezcla con mayor efecto terapéutico y nulos efectos secundarios resultó ser la realizada a 1/400 con un porcentaje de inhibición del 13'8%. La citada dilución equivale a una posología de 240 gotas por día o 12 ml.

Otra de las grandes conclusiones obtenidas es que a las 48 horas el efecto de inhibición conseguido por la dosis terapéutica fue mayor que a las 24 horas lo que demuestra un efecto de acumulación -cinética de acumulación- que demuestra la capacidad antiproliferativa del producto impidiéndose el crecimiento tumoral. Eran datos que venían a completar los estudios que señalaban la capacidad de inducir la muerte celular a través de la interacción de los componentes del *Green Sap* con el ADN de las células tumorales. (**Arizona, M.** et al., 1985; **Jorbis B.** et al., 1988, **Mangelli E.** et al., 1996). También se pudo constatar la acción antitumoral de la hispidulina -principio activo presente en *Green Sap*- en ensayos realizados con roedores a los que se indujo tumores cancerígenos (**Soickee H.** y **Leng Peschlow E.**, en 1987). Hay que agregar que los efectos biológicos de los componentes de *Green Sap* producen otros beneficios terapéuticos importantes. A nivel digestivo destaca la aportación de la carqueja, caracterizada por su

actividad antiulcerosa en modelos ulcerosos inducidos por *Indometacina* cuyo mecanismo de acción se centraría en una menor movilización del calcio a nivel intracelular (**Gamberini y Lapa A.**, 1992). También presenta una acción hepatoprotectora y colagoga demostrada gracias a sus flavonoides. El conjunto de los mismos demostró incrementar entre un 25% y un 100% el porcentaje de supervivencia de ratas intoxicadas con *phalloidina* en una dosis de 20 mg/kg vía intravenosa.

EXPERIENCIA ACUMULADA

Todo parece indicar que la acción contra el cáncer de este medicamento homeopático se centra -como en el caso de otros productos naturales- en su capacidad para provocar la apoptosis (muerte por suicidio de las células cancerígenas) y de refuerzo del sistema inmunitario del enfermo lo que se traduce rápidamente en una mejora de la calidad de vida del paciente. La casuística recogida ya en catorce países por el oncólogo Bernardo Udaquiola y distintos colegas homeópatas o practicantes de la medicina natural señala como principales indicadores de la mejoría de calidad de vida la estabilidad y mejora de los valores hematimétricos (parámetros que relacionan el índice hematocrito, la hemoglobina y el número de hematíes o glóbulos rojos), el incremento del apetito, el aumento del peso corporal, la disminución del tamaño de los tumores, una reducción de los efectos indeseables de la quimioterapia y la radioterapia, y el alivio del dolor.

Como ocurre con todos los medicamentos homeopáticos -que no atacan enfermedades concretas sino que ayudan a cada individuo a alcanzar un equilibrio energético en su organismo que le permite recuperar la salud- *Green Sap* puede utilizarse en el tratamiento de diversas tipologías de cáncer. Según la doctora **Araceli Tashjian**, "*las mejores respuestas de actividad antitumoral las hemos tenido con tumores de próstata, del sistema nervioso central y de mama*". En cuanto al cáncer de mama, "*el producto -nos diría- desvía el metabolismo de las células cancerosas provocando un suicidio celular o apoptosis que disminuye de forma notoria el tamaño del tumor y además la cantidad de células activas, algo que permite realizar tratamientos convencionales sobre un substrato menor por lo que la eficacia se multiplica*".

En lo que se refiere al cáncer de próstata el mecanismo de acción se concretaría a través de una triple vía:

-Normalizando o disminuyendo el PSA, proteína (antígeno específico de la próstata) que aumenta su salida hacia el torrente sanguíneo a través de los vasos y tejidos linfáticos que pasan por la próstata en caso de presencia tumoral.

-Logrando una disminución del tamaño de los tumores (lo que se constata tanto por tacto rectal como por exploraciones con ecografías).
-Provocando cambios sobre la consistencia del tumor mediante una reversión en la estructura de la próstata.

Además, la doctora Tashjian señala otro factor muy importante en estos casos: *"Green Sap impide la formación de nuevas clonas tumorales que escapen al control del organismo y provoquen metastatización precoz, especialmente sobre la sustancia ósea ya que las metástasis prostáticas tienen avidez por el hueso. Por tanto, Green Sap ejerce una acción protectora a nivel óseo impidiendo la colonización de este sector. La exploración con centellograma óseo permite apreciar las diferencias entre tratamientos antes y después de tomar Green Sap. Además, mientras que la terapéutica tradicional hormonal tiene el riesgo de provocar patología trombótica ese es un efecto que con Green Sap no ocurre lo que redundo en beneficio del paciente al librarlo de posibles trombosis en los miembros inferiores"*. No son, en cualquier caso, los únicos tipos de cáncer sobre los que actúan las gotas. *"Cincuenta pacientes con cáncer colorectal inoperable -nos contaría la doctora Tashjian- recibieron tratamiento con Green Sap en el curso de su padecimiento. Los resultados mostraron incremento en la cantidad de anticuerpos granulocitos y linfocitos con mejoramiento de la inmunidad celular a corto plazo, el mejoramiento clínico y el incremento del tiempo de supervivencia. Los resultados en algunos casos mostraron que la terapia produjo reacciones granulomatosas, fibroblásticas e inflamación con calcificación global y necrosis del tumor. Estos cambios son comparables a los vistos en la regresión espontánea del tumor y se considera como la expresión de una respuesta huésped natural a la invasión del tejido neoplásico. En este caso, como en el de otros cánceres operables, Green Sap se mostró beneficioso para disminuir el estrés en aquellos pacientes que sufrieron cirugía."*

También existen experiencias a tener en cuenta con casos de linfoma de Hodgkins: *"En un intento de fortificar el rechazo de defectos inmunológicos -nos resumía Tashjian- Green Sap fue empleado en un programa en el que participaron 36 pacientes afectados por la linfogranulomatosis (enfermedad de Hodgkin) que también mostraron otros desórdenes inmunológicos. Pues bien, se obtuvo un incremento en los parámetros de inmunidad y un índice de 2 años de supervivencia en el 93.8% de los casos comparado con entre el 70-80% de los casos tratados con radiación y quimioterapia"*.

EL TRATAMIENTO

Debemos agregar que los pacientes comienzan a experimentar mejoría tras tomar *Green Sap* rápidamente, según nos aseguró Bernardo

Udaquiola. *"Depende de cada caso -nos diría- pero ya en los primeros días la persona se siente más aliviada y a los pocos días nota que está mejorando puesto que las células cancerosas comienzan a morir y a ser eliminadas del organismo. En cuanto a la enfermedad de fondo se han logrado muy buenos resultados hasta en un 80% de los casos lográndose la desaparición o reducción casi total de tumores. Hay que destacar también la mejoría en la calidad de vida. La mayoría vuelve a trabajar y a hacer una vida normal. Eso sí, hay que tener cuidado porque se recomienda mantener un tratamiento de mantenimiento para evitar futuras recaídas".*

Finalizamos explicando que el tratamiento se aplica en tres grandes etapas:

-Una primera, que constaría de dos fases: la de Asimilación -en la que se confirma la buena aceptación del medicamento por el organismo y cuya duración esta fijada en un mes- y la de *Contención* -con una duración de aproximadamente tres meses de tratamiento intensivo al final del cual se realiza un estudio minucioso del paciente y su evolución hasta ese momento.

-Una segunda etapa en la que suelen llegar los resultados más significativos con:

a) La posible desaparición parcial de los tumores. En estos casos el paciente toma una dosis de mantenimiento de 30 gotas dos veces al día media hora antes de las comidas.

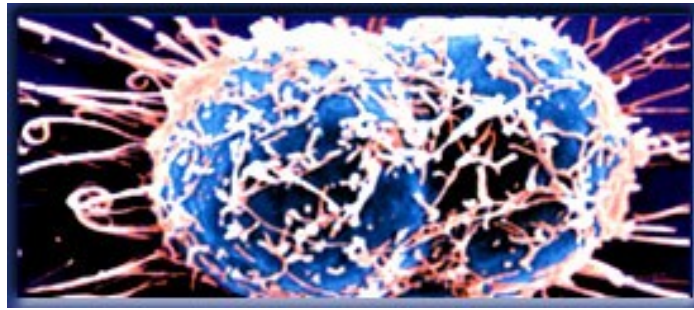
b) La posible reducción parcial del tumor o, en caso de metástasis, la desaparición de algunos tumores y la reducción de otros. En estos casos se mantiene la dosificación y tras otros cuatro meses de tratamiento se vuelven a realizar nuevos estudios.

c) La desaparición total de la sintomatología y la remisión clínica completa, sin rastros de células malignas. Empero, ni siquiera en tal caso se suspende el tratamiento. Se mantiene una dosis de precaución y prevención para posibles recidivas de treinta gotas por la mañana en ayunas, una vez al día.

-Finalmente, la tercera etapa -denominada de *Mantenimiento*- es la que alcanza el paciente cuando se siente curado. Deberá tomar una única dosis diaria durante al menos 6 meses.

El desarrollo del producto sigue adelante. Precisamente en abril se presentarán los resultados obtenidos hasta el momento ante un nutrido grupo de oncólogos convencionales. Mientras, los ensayos de investigación -tanto in vitro como en vivo- continúan."

(XXII) EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CON ANTIVÍRICOS Y ANTIOXIDANTES



La combinación de un potente antivírico (Viusid) y un complejo antioxidante con efectos antitumorales (Ocoxin), -ambos de enorme eficacia al haber sido sometidos sus componentes a un singular proceso de activación molecular con campos eléctricos potenciando con ello miles de veces sus cualidades terapéuticas- está permitiendo obtener grandes resultados en el tratamiento de numerosos procesos oncológicos. Algo que es posible merced al descubrimiento de que los virus son la causa de determinados tipos de cáncer.

Según la Organización Mundial de la Salud casi el 20% de los cánceres son producidos por virus. Y esa cifra recoge sólo aquellos casos cuya relación está completamente comprobada. Porque hoy son cada vez más los equipos científicos que empiezan a plantear que la relación entre virus y cáncer podría darse en realidad entre el 50 y 80% de los casos. Los datos van llegando a cuentagotas a la comunidad científica y aún con más lentitud al resto de los interesados... pero no cesan. No hace muchos meses el *Journal of Clinical Cancer Research* recogía los resultados de una investigación realizada en la *University of New South Wales* de Sydney (Australia) según la cual una variante de un virus mamario presente en los ratones (MMTV) fue hallado en los tejidos enfermos de cerca de la mitad de las mujeres con cáncer de pecho que participaron en el estudio. La variante humana del virus (HHMTV), en cambio, apenas se encontró en los tejidos sanos y es similar en un 90% al virus causante del 95% de los virus mamarios en ratones. Confirmaba así la relación entre el HHMTV y el cáncer de mama que fue establecida por primera vez en la *Mount Sinai School of Medicine* de Nueva York en 1995. Se trata tan sólo de un ejemplo de la continua investigación en el campo de la relación virus-cáncer pero además explica por qué se avanza tan despacio en este ámbito. Y es que los dos centros citados son los únicos a nivel mundial que están hoy trabajando en esta línea de investigación... a pesar de que el microbiólogo, farmacéutico y veterinario español **Fernando Chacón**, creador del *Bio-Bac*, se adelantó a ellos en varias décadas. ¡Y lo tiene

publicado hace tiempo aunque es evidente que nadie parece haber leído sus trabajos.

En general todos asociamos la palabra virus con enfermedad... y no es para menos. La pandemia de gripe de 1918 (30 millones de muertos), la viruela, la tuberculosis, el SIDA, las fiebres hemorrágicas, el síndrome respiratorio agudo severo... Pero es ahora cuando la relación de los virus con el cáncer comienza a ser cada vez más evidente aunque todavía se esté al inicio de explicar las posibles formas de interacción (salvo en el caso del mencionado investigador español).

Los nuevos investigadores en este campo creen que pueden ser causa directa -como parece ocurrir en el caso del VIH- pero también aceptan que en otros casos no sean más que cofactores. De esta manera, incluso virus comunes que habitualmente no causan tumores -según informó ya la revista Science en 1961- podrían actuar como catalizadores en la aparición de determinados cánceres. Al combinarse con determinadas sustancias cancerígenas presentes en cantidades muy pequeñas como para iniciar un proceso cancerígeno convertirían a éstas en activas provocando la aparición de tumores cancerígenos. Pero los virus también pueden ser de naturaleza exógena y llegar a nosotros por contagio o formar parte de nuestro propio organismo. De hecho, un experto virólogo como **Luc Montagnier**, codescubridor del virus del SIDA, ha señalado el peligro subyacente en ese despertar de virus presentes en nuestro organismo desde la noche de los tiempos: *"Hoy día solamente conocemos una mínima parte de los virus que hay en nuestro planeta. En mi opinión, los virus más peligrosos se encuentran en nuestro organismo: son los retrovirus y están agazapados en nuestras células y en nuestros cromosomas. Invisibles, esos retrovirus acompañan a nuestra especie desde hace miles de años y si se activaran podrían provocar todo tipo de infecciones, tumores y enfermedades"*.

VIRUS Y CÁNCER

Cabe añadir que resulta una enorme paradoja que los virus no estén considerados seres vivos a pesar de su enorme influencia en nuestra salud. Y no se consideran seres vivos porque según una de las definiciones más aceptadas se trata de genes empaquetados en complejos proteicos capaces de infectar células y sólo dentro de ellas pueden reproducirse. Es decir, un virus no constituye una célula y por sí misma una partícula viral (virión) no puede reproducirse; necesitan forzosamente de una célula. Los virus están compuestos únicamente por una cápsula proteínica que contiene su ADN o ARN (moléculas de ácido nucleico que determinan las características de cada ser vivo). Cuando el virus entra en contacto con una célula puede insertar su material genético en dicha célula huésped y una vez que la invade

entra en una de dos fases: permanece inactivo en la célula huésped y no la afecta o se apropia de la célula huésped y la utiliza para reproducir más virus. El material genético del virus se apropia de las funciones celulares y controla el proceso reproductivo, ordena a la célula huésped que elabore proteínas y copias de DNA o RNA virales produciéndose muchos más virus en el interior de la célula huésped. Al concluir ese proceso reproductivo la célula huésped muere y los virus recién producidos salen a infectar otras células. Por tanto, desde la sombra pueden estar contribuyendo decisivamente a la aparición constante de nuevos tumores.

El doctor **Bruce Johnson** -del *Dana Faber Cancer Institute* de Boston-, durante la jornada inaugural de un congreso dedicado a las relaciones entre el cáncer y los virus -*The Virus-Cancer Link: Examining the Role of Viruses in the Development of Cancer*- señaló dos razones fundamentales para asociar ambos términos: *"La primera es que el número de virus y agentes infecciosos que tienen directamente relación con el cáncer está aumentando. La segunda es que el número de tejidos y el número de lugares donde surgen los cánceres también está en aumento. Probablemente, y más importante, hay distintos tipos de cáncer que son causados en parte por una etiología infecciosa que juega un papel fundamental en la patogénesis. Esto supone plantear contra el cáncer intervenciones diferentes a la de nuestros habituales medicamentos quimioterápicos"*. No es fácil -ni mucho menos- concluir que un cáncer es causado por un virus o está directamente relacionado con éste. Pero, a pesar de todas las dificultades, sí están ya establecidas un número de relaciones exactas entre virus y cáncer. Y un número creciente están bajo investigación. Los continuos avances en la genética y el desarrollo de la tecnología conducirán inevitablemente a un mayor número de cánceres relacionados con virus. Las relaciones virus-cáncer establecidas hasta hoy incluyen:

- Los virus de la hepatitis B (HBV) y C (HCV) en el cáncer de hígado. Cerca del 82% de los mismos tienen al parecer origen vírico.
- El virus HTLV-1 en leucemia/linfoma de células T en adultos
- El virus del herpes 8 (HHV-8) en el Sarcoma de Kaposi
- El virus Epstein-Barr (EBV) en el cáncer nasofaríngeo, linfoma de Hodgkin's y algunos que no son del tipo Hodgkin.
- Los virus VPH-16, VPH-18, VPH-31 y VPH-45 del papiloma humano puesto que originan hasta el 95% de los cánceres cervicouterinos. Otros estudios recientes indican también que estos virus podrían estar relacionados con el cáncer oral.

Algunos otros virus se encuentran actualmente bajo investigación por su posible relación con la aparición de un determinado cáncer: Son estos:

- El virus HCV en algunos linfomas no Hodgkin
 - El virus implicado en la leucemia linfoplástica aguda en niños
 - Polyomavirus y múltiples cánceres:
 - El virus JC en cáncer de cerebro y colon.
 - El virus BK en cáncer de cerebro.
 - El virus SV 40 en cáncer de cerebro, pituitaria, hueso y tiroides, linfoma no-Hodgkin y mesotelioma (una forma de cáncer de pulmón).
 - El virus MMTV en el cáncer de pecho
- Lo que a todos los investigadores les parece indiscutible es que la posible presencia de algunos tipos de virus y la aparición de un cáncer se incrementa en individuos con el sistema inmune deprimido, incluyendo individuos con el virus del SIDA, destinatarios de órganos trasplantados que toman inmunosupresores para prevenir el rechazo del trasplante e individuos con distintos trastornos del sistema inmune heredados o producidos por circunstancias físicas (mala alimentación, conductas de riesgo, presencia de contaminantes en el entorno..) o psicológicas (depresiones, trastornos emocionales, traumas psicológicos...)

ACTIVACIÓN MOLECULAR

Los grandes laboratorios trabajan simplemente con las expectativas de desarrollar vacunas que permitan proteger o retardar la progresión del cáncer y que, de paso, generen miles de millones con el desarrollo de las patentes. Sin embargo, hay otro tipo de soluciones más inmediatas, naturales, científicamente contrastadas y mucho más asequibles al bolsillo que están ofreciendo significativos resultados en el tratamiento del cáncer de origen viral. Por ejemplo, muchos años de investigación y ensayos científicos en distintas partes del mundo han permitido a *Laboratorios Catalysis* la elaboración de dos suplementos nutricionales, complementarios del tratamiento para el cáncer: el *Viusid* y el *Ocoxin*. Cada uno de los cuales cumple con dos funciones diferentes: el *Viusid* posee una poderosa acción antiviral e inmunoestimulante, imprescindible para actuar como complemento de los tratamientos convencionales -quimioterapia, radioterapia y cirugía- que por naturaleza son inmunodepresores; y el *Ocoxin* aporta el restablecimiento de la función de apoptosis celular -muerte celular programada que las células cancerígenas desconocen- y la obstaculización del proceso angiogénico o de creación de nuevos vasos sanguíneos para la alimentación del tumor. Ambos productos, a su vez, aportan aminoácidos que permiten reforzar el colágeno intercelular para tratar de evitar la invasión de las células vecinas y completan su acción con aminoácidos encargados de la producción de antioxidantes que bloqueen los radicales libres, tan perjudiciales para nuestro organismo.

Claro que tantas posibilidades en unos productos naturales que se venden como suplementos nutricionales sólo son posibles gracias a la utilización en su elaboración de un proceso científico especial de "activación molecular" que permite multiplicar hasta diez mil veces en algunos casos el potencial eléctrico de una molécula y su capacidad antioxidante. El proceso es creación de un investigador español, el doctor **Antonio Martín González**, vinculado durante más de 40 años al Consejo Superior de Investigaciones Científicas y que en cualquier país hubiera supuesto una auténtica revolución científica.

Curiosamente la idea nace de la observación de la propia Naturaleza. En ella la clorofila funciona como un panel eléctrico que recibe fotones y los transforma en electrones que acumula en una batería eléctrica para poner en marcha la formación de glúcidos. Y a partir de ahí nació el planteamiento inicial: aumentar la energía natural con electrones. La activación molecular consiste, explicado de manera muy simple, en pasar una corriente eléctrica en un reactor donde está la formulación previamente estudiada para la aplicación que se va a llevar a efecto. A través de esa corriente se dota a las moléculas que ya tienen una carga eléctrica -es decir, poder antioxidante- de mayor número de protones -es decir, de electrones de carga positiva (antioxidantes)- y, por tanto, más capacidad mayor para bloquear a los radicales libres (de carga negativa) capaces de dañar primero a las células, después a los órganos y finalmente a nuestra salud provocando todo tipo de enfermedades y contribuyendo de forma definitiva a nuestro envejecimiento.

Pues bien, esta capacidad de ofrecer efectos muy superiores a lo esperado en dosis bajas es la que ha permitido a estos productos seguir manteniendo su condición de suplementos nutricionales. Fuentes del propio laboratorio han reconocido a esta revista que a pesar de haber tenido alguna propuesta oficial para tratar de conseguir el reconocimiento de los productos como medicamentos hasta el momento se ha desechado tal posibilidad. *"Es un proceso largo, incierto y muy costoso. A pesar de no ser obligatorio nosotros realizamos ensayos científicos con todos nuestros productos pero probablemente nos exigirían muchos más y nadie garantiza nada, máxime teniendo en cuenta que nos metemos en el terreno de las grandes farmacéuticas al abordar enfermedades como el sida, el cáncer o la hepatitis. Tenemos además el factor multicomponente, la mayoría de los cuales no se pueden patentar. Son tratamientos al alcance de los pobres porque son tratamientos relativamente económicos. Así que tampoco le interesa a la industria farmacéutica grande que se desarrolle este tipo de productos y mucho menos como medicamentos. Por tanto, tendríamos mil incertidumbres marcadas. Lo peor del caso es que si siguen dando los resultados que hasta el*

momento están dando atentarán seriamente contra los intereses del statu quo. Desde ese punto de vista, hemos decidido que sean suplementos nutricionales y ser cabeza de ratón".

Una condición, cabe decir, que no ha impedido que sean los propios médicos los que vayan divulgando las posibilidades de estos productos. Así, médicos cubanos presentaron el pasado mes de marzo los resultados de un estudio realizado por el equipo del doctor

Raimundo Llanio -uno de los más prestigiosos especialistas de la Gastroenterología a nivel mundial- sobre hepatitis y los resultados de la terapia combinada con *Viusid* han sido tan prometedores que fueron poco después presentados en un congreso mundial sobre hepatología en Brasil y se van a presentar el próximo 24 de mayo en el congreso que se va a celebrar en la Academia de Hepatología Norteamericana, con mención de honor.

Y lo mejor es que *Ocoxin* y *Viusid* son dos productos naturales que no tienen contraindicaciones y cuyos componentes tienen tras de sí una amplia bibliografía científica

EL VIUSID

Del *Viusid* hablamos ya extensamente en el número 57 correspondiente a Enero (léalo si no lo hizo en www.dsalud.com) explicando que uno de sus principales componentes es el ácido glicirrínico -que se extrae de la raíz del regaliz- siendo el que lo dota sobre todo de su gran capacidad antiviral, especialmente frente a los virus hepatotropos, a la familia de los herpes que -son ocho-, a los virus de la influenza A o B (la gripe) e, incluso, frente al VIH. Además el ácido ascórbico, el ácido málico y el sulfato de zinc y los aminoácidos presentes en el producto aportan capacidad antioxidante frente a los radicales libres, directamente asociados en la literatura científica con el cáncer. Está constatado que los antioxidantes pueden disminuir la mutagénesis y, por tanto, la carcinogénesis mediante la disminución del ADN dañado por la oxidación.

El *Viusid* aumenta además el número de CD-4 y CD-8 -éstas, últimas llamadas "células asesinas"- lo que supone una potenciación considerable de nuestras defensas y de control de las enfermedades oportunistas, algo que le convierte en un elemento esencial para ser coadyuvante de los agresivos tratamientos utilizados en la actualidad contra el cáncer.

En el Centro Oncológico del Ministerio de Salud de la República de Uzbekistán, por ejemplo, el *Viusid* fue utilizado en 69 pacientes con distintos tumores malignos (cabeza y cuello de útero, linfoma maligno del sistema locomotor, carcinoma colorrectal, carcinoma de estómago, de esófago, de pulmón, de hígado, de tiroides, de glándulas mamarias y del sistema urinario). Los pacientes estaban incluidos entre los 6 y

78 años. El *Viusid* fue aplicado sólo y combinado con quimio y radioterapia después de la cirugía. Las conclusiones del estudio fueron que el *Viusid*, combinado con la aplicación de las terapias convencionales, reducía los síntomas de debilidad, las náuseas y el dolor de cabeza así como la total desaparición de vómitos. En suma, demostró ser un potente inmunoestimulador capaz de proteger de los efectos adversos de la quimio y la radioterapia posibilitando así una mejor rehabilitación y recuperación del paciente en el período pos-operatorio.

EL OCOXIN

La primera contribución del *Ocoxin* en el tratamiento del cáncer es restablecer el mecanismo de suicidio propio de la célula, la llamada apoptosis celular. Cuando ese mecanismo queda anulado la célula se multiplica indefinidamente, se convierte en invasiva y tras atravesar el tejido interconectivo se propaga alterando el mecanismo celular y creando lo que conocemos como tumor. ¿Y cómo actúa? Pues preferentemente gracias a una sustancia natural: el té verde. Tanto en la bibliografía de Oriente como en la de Occidente son numerosos los estudios sobre la acción antitumoral del té verde debido a los polifenoles que contiene. Propiedades anticancerígenas, antioxidantes y antimutagénicas que son atribuidas concretamente al Epigallocatequina-Gallate (EGCG), el mayor polifenol presente en el té verde.

Un reciente estudio desarrollado por investigadores de la Universidad de Kyushu -en Fukuoka (Japón)- y publicado en la revista *Nature Structural & Molecular Biology* muestra que ese polifenol se une a una proteína en la superficie de las células cancerígenas y frena su crecimiento. En una publicación de la revista *Nature* en 1997 el investigador **J. Jankun** -de la Facultad de Medicina de Ohio (EEUU)- verificó que ese mismo polifenol puede inhibir la actividad de la uroquinasa, una enzima fundamental para que el tumor se extienda y provoque metástasis. Además se comprobó que no provoca efectos secundarios dañinos lo que permite administrarla en grandes dosis sin perjudicar al enfermo. También el investigador japonés **Sadzuka**, en su publicación *Modulación de quimioterapia del cáncer con té verde*, menciona las propiedades de la infusión para aumentar la eficacia del tratamiento.

En resumen, diversas investigaciones han demostrado las propiedades del té verde en la prevención del cáncer de pulmón, esófago, páncreas, hígado, mama, próstata, piel, boca y colon. Sin olvidar que las catequinas de ese polifenol son más potentes para bloquear los radicales libres que incluso las vitaminas C y E.

Hay que agregar que junto a los extractos del té verde destacan en la

composición del *Ocoxin* el ácido cinámico -que además de tener una acción antimicrobiana y antifúngica comprobada juega un importante papel en la inhibición del crecimiento tumoral.

La actividad antitumoral del *Ocoxin* como producto fue estudiada en el Departamento de Inmunología Patológica del Hospital Universitario San Carlos de Madrid tras ser inyectadas en ratones 700.000 células de carcinoma ascítico de Ehrlich. Los resultados demostraron cómo los tumores de los ratones del grupo de control crecían más que los de los ratones tratados con *Ocoxin*.

POR ESTUDIOS QUE NO QUEDE

Debemos explicar que la actual situación de la investigación internacional apenas permite experimentar con productos naturales en pacientes con cáncer en fase no terminal con la excusa de que no sería ético privarles de los tratamientos convencionales. De ahí que los estudios realizados hasta el momento con la toma conjunta de *Ocoxin* y *Viusid* -lo mismo que pasa con otros productos- se tenga hoy que hacer siempre como tratamiento complementario de los convencionales. Y aún así se podido constatar -una y otra vez- que la combinación Quimioterapia-*Ocoxin*-*Viusid* es mucho más efectiva que la simple administración de la quimioterapia.

Un estudio realizado el año 2001 en la Universidad de Medicina de Tomsk, en Siberia, con pacientes de carcinoma de estómago e intestino grueso recoge en sus conclusiones lo siguiente: *"En este estudio clínico, con 20 pacientes con cáncer de estómago y 20 con cáncer de intestino grueso, se demuestra la gran eficacia del Viusid y Ocoxin en contraste con los resultados conseguidos con la quimioterapia sola... Los antioxidantes activados contenidos en el Viusid y el Ocoxin anulan los desastrosos efectos de los compuestos oxidantes merced a su alto contenido de electrones capaces de recuperar todos los órganos vitales del ser humano, recuperando el glutatión celular perdido por los tumores, infecciones virales, diabetes e, incluso, compuestos altamente peligrosos como el CIS-Pt (cisplatino)"*

También ese mismo año, en el Instituto de Immunopatología de la Russian Academy of Natural Sciences Research de Moscú se realizaron investigaciones con animales sobre la toma conjunta de *Viusid* y *Ocoxin* en distintas enfermedades oncológicas. Y ambos productos mostraron buenos resultados sobre el melanoma B16, el modelo de carcinoma de pulmón de Lewis y el modelo de leucemia P-388. En el capítulo de resultados, el apartado 8 revela: *"Los tests clínicos demuestran el efecto inmunomodulador y hemo-hepatoprotector del Viusid + Ocoxin en pacientes con tumores gastrointestinales que reciben terapia citostática (Ciclofosfano + 5-Fluorouracil) en período*

postoperacional que, indudablemente, se refleja en un incremento de la calidad de vida de los pacientes". El apartado 9 asume también claramente la presencia de efectos antitumorales en la combinación de ambos productos y el 10 se refiere ya a la aplicación de los productos como monoterapia en pacientes con la enfermedad en un estado IV: *"La aplicación de la combinación Ocoxin + Viusid -se dice- muestra una mejora de los parámetros hematológicos e inmunológicos a corto plazo".* El estudio realizado en Moscú recomienda al final profundizar en la investigación combinada con citostáticos con estudios más amplios a la vista de que *"debido a sus efectos inmunomoduladores y antioxidantes los productos fortalecen los efectos antitumorales de la terapia básica e incrementan la calidad de vida de los pacientes".* Las mismas constantes pueden apreciarse en estudios posteriores. El capítulo del informe dedicado a las conclusiones de los estudios realizados en el Instituto Oncológico de Bucarest y en el Hospital Clínico de la Policía sobre la eficacia terapéutica del combinado de ambos preparados en el tratamiento de enfermedades neoplásicas sirve como resumen general del resto de estudios sobre lo que cabe esperar de estos productos:

"El tratamiento de Ocoxin + Viusid prueba su eficacia como una modalidad de tratamiento asociada al tratamiento oncológico complejo a corto y medio plazo con las ventajas siguientes:

- Fácil administración y buena aceptación por los pacientes.*
- Mejoría significativa del tono psico-emocional de los pacientes.*
- Mejoría significativa del estado general con un aumento del índice de Karnofsky.*
- Mejoría del gráfico de evolución del peso, especialmente en los grupos tratados con Ocoxin + Viusid.*
- Disminución de la incidencia de leucopenia durante la irradiación; el aumento evidente de la resistencia del paciente sometido a un tratamiento oncológico agresivo, con mejor tolerancia.*
- Disminución en el tamaño del tumor en un porcentaje netamente superior en los grupos bajo tratamiento con Ocoxin + Viusid.*
- Evolución favorable de la enfermedad a corto plazo en un porcentaje más significativo en los grupos bajo tratamiento Ocoxin + Viusid.*

El índice de supervivencia a 6 meses de los pacientes tratados conjuntamente con Viusid y Ocoxin fue del 100% mientras en el grupo que sólo recibió quimioterapia ese porcentaje fue del 80% al final del estudio.

Los resultados a corto plazo justifican nuestras esperanzas en el tratamiento con Ocoxin + Viusid pero teniendo en cuenta la evolución y el seguimiento del paciente oncológico consideramos que el análisis de los efectos del tratamiento durante un período más largo (1-2 años) permitiría una evaluación más correcta de sus beneficios"

Terminamos diciendo que hay más estudios con resultados similares a disposición de los escépticos. Fuentes del laboratorio nos confirmarían además que con el apoyo necesario de las autoridades sanitarias estarían dispuestos a realizar ensayos de largo alcance pero hasta el momento la Administración se ha mostrado ciega y sorda. Mientras, los oncólogos pasan de recomendar estos productos, ni tan siquiera como parte complementaria de la terapia tradicional. Y, sin embargo, el tiempo corre en contra de los enfermos. Para nosotros está claro: los productos están ahí, son naturales, no tienen contraindicaciones y cuentan con avales científicos suficientes. El resto lo hará el boca a boca.

(XXIII) ELECTROTERAPIA CONTRA EL CÁNCER



Un innovador sistema de electroterapia permite destruir tumores mediante la exposición a una corriente eléctrica capaz de poner en marcha en el interior de las células tumorales mecanismos biológicos y electroquímicos destinados a destruir la masa tumoral. Los tejidos cancerígenos presentan propiedades bioeléctricas diferentes a los sanos como son una mayor conductividad, una inversión del potencial eléctrico a través de la membrana celular, un elevado pH intracelular y una disminución del pH extracelular. Pues bien, teniendo ello en cuenta la aplicación de corrientes eléctricas sobre el tumor permite obtener magníficos resultados en la recuperación y destrucción selectiva de tejidos cancerígenos.

Muchos enfermos de cáncer han superado su enfermedad sin recurrir a los tres tratamientos oficialmente "aceptados" por la mayoría de los oncólogos -cirugía, quimioterapia y radioterapia- gracias a que no se dejaron llevar por el pánico tras el diagnóstico y se negaron sin

reflexionarlo antes a someterse a tratamientos tan agresivos y de escasa efectividad en la mayoría de los casos. Personas que decidieron primero informarse adecuadamente antes de dar un solo paso y buscar nuevos diagnósticos y vías de solución. Y no se trata -como algunos pretenden hacer creer- de *"personas desesperadas que se dejan engañar por embaucadores que se aprovechan de su angustia"*. Por el contrario, quienes hoy recurren a las medicinas complementarias y se informan de los tratamientos alternativos a los que ofrece la medicina alopática, farmacológica o convencional -tanto en casos de cáncer como en cualquier otra patología- son mayoritariamente personas de nivel económico y cultural alto o medio-alto. Es decir, personas con preparación que han desmitificado a la Medicina y a los médicos, han reflexionado sobre los paupérrimos resultados de los tratamientos oficiales en cáncer y son capaces de entender que donde no hay certeza absoluta ni garantías de nada... se debe estar abierto a nuevas explicaciones y soluciones a la enfermedad y, por tanto, a la esperanza. Y es que en estos tiempos de monopolio farmacológico en la literatura médica cada vez se impide la publicación de más investigaciones mientras otras que consiguen salir a la luz se someten al imperio del silencio cuando no al del descrédito organizado. Afortunadamente esa operación cada vez les resulta más difícil a sus instigadores. Hoy, quien busca encuentra.

Es más, nuestro Ministerio de Sanidad y Consumo -que dicen es un servicio público de interés general aunque en realidad ha estado siempre al servicio de la gran industria farmacéutica- debería encabezar de una vez por todas la puesta en marcha de mecanismos que permitan acceder a nuestros enfermos a las terapias alternativas, muchas de las cuales se sufragaban ya por la Seguridad Social en otros países de la Unión Europea. Es el caso de la Electroterapia, de la que nos ocupamos en esta ocasión y cuya eficacia fue ya contrastada en Alemania, Austria, Suecia, China y Suiza hace años. Y no estamos hablando de un tratamiento para cualquier dolencia sino de un método de tratamiento para el cáncer. ¿Por qué en España, pues, no se aplica?

LA EXPERIENCIA DE LAURENT SCHIDLER

A **Simone**, esposa de **Laurent Schidler** -un ciudadano francés que vive en España desde hace 15 años- se le descubriría en la primavera de 1996 un cáncer en la mama derecha. Más concretamente un *carcinoma ductal in situ* (DCLIS), un tumor maligno encapsulado que no invade los tejidos adyacentes. Tras extirparlo quirúrgicamente la zona sería sometida a continuación a diversas sesiones de radioterapia y meses después las pruebas analíticas parecieron indicar que el problema había desaparecido. Sin embargo, no era así. A pesar de un

seguimiento exhaustivo cada semestre mediante mamografías y ecografías en el 2002 se detectó en el pecho izquierdo una mancha sospechosa. La biopsia sería concluyente: *carcinoma infiltrante*. Y el consejo médico, apremiante: había que operar de inmediato. Sin embargo, algo había cambiado. Los años transcurridos habían servido a Laurent para estudiar mucho de lo que se había publicado sobre cáncer llegando al convencimiento de que los protocolos de la oncología convencional no son a menudo la mejor respuesta al cáncer así como para saber que existen numerosas alternativas de tratamiento. Y él y su mujer optaron por rechazar la combinación cirugía-quimio-radio y buscar nuevas vías.

Lo primero que hicieron fue buscar un nuevo diagnóstico con una tecnología más segura y avanzada: la Tomografía por Emisión de Positrones (PET). Una tecnología de la que sólo disponen 23 centros en España, más de 100 en Alemania -y no todos públicos- por lo que decidieron no aguardar su turno en la larga lista de espera existente y viajaron a Alemania. Allí la PET permitiría descubrir que el diagnóstico era aún peor: no había uno sino tres tumores y, además, los ganglios estaban afectados. Se trataba de un carcinoma lobular infiltrante, multifocal y multicéntrico. Conocedores ya de la existencia de la Electroterapia, decidieron probar con ella y la mujer se sometería en Colonia a cuatro sesiones entre febrero y marzo. Si bien este tratamiento se reembolsa por algunas cajas de la Seguridad Social en Alemania, ni la Seguridad Social española ni el seguro privado de los Schidler quisieron hacerse cargo del mismo. En mayo, de regreso en España, una nueva PET dejaría boquiabiertos a los médicos.

"No existen -decía el informe de la prueba- lesiones hipermetabólicas focales que sugieran la existencia de enfermedad tumoral. En relación con el estudio PET previo de Enero de 2003 (el de Alemania) se observa la desaparición de las lesiones hipermetabólicas descritas en el tejido mamario izquierdo. No se observa tampoco actividad patológica en área axilar así como en ambos pulmones. (El resto del cuerpo, igualmente negativo)."

Es evidente que el contacto de Laurent y su esposa Simone con la Electroterapia no podía haber sido mejor.

LA ELECTROTERAPIA

¿Y qué es la Electroterapia? Pues se trata de un método que intenta mediante la aplicación de pequeñas corrientes eléctricas acabar con el tumor y devolver a la normalidad el campo energético del órgano afectado. Pero hagamos un rápido descenso a nuestro interior para entenderlo mejor...

Nuestro organismo es un complejo universo de billones de células agrupadas en órganos y sistemas que funcionan de acuerdo a patrones

de comportamiento previamente establecidos, probablemente desde la noche de los tiempos. Nuestras células están compuestas de billones de moléculas y átomos siendo éstos -dicho de forma simplificada- enormes "espacios vacíos" donde un núcleo formado por protones y neutrones se encuentra rodeado de electrones que giran a su alrededor con cierta velocidad y vibración como si de un sistema solar en miniatura se tratara. Tan "vacío" es el universo de un átomo que si su núcleo tuviese el tamaño de una pelota de tenis el electrón más cercano se hallaría a un kilómetro de distancia! Siendo el número de protones (carga positiva) y de neutrones (partículas sin carga) lo que singulariza cada átomo frente a los demás. A su alrededor, producto de la interacción eléctrica causada por la atracción, giran los electrones (cargas negativas) en órbitas específicas características de cada átomo. En suma, un átomo es **un sistema eléctrico que genera un campo electromagnético**. Lo que implica que todo átomo se relaciona con los demás y con el entorno mediante impulsos eléctricos. Y otro tanto ocurre con los conjuntos de átomos que dan lugar a las moléculas, células, tejidos y órganos. Todo ser vivo, en definitiva, posee un campo electromagnético propio. Campo que cuando se desequilibra -lo que puede deberse a muy diversas causas- genera las disfunciones que llamamos enfermedades.

Dicho esto debo agregar que ya en 1941 -en plena Segunda Guerra Mundial- el científico **Albert Szent Gyorgyi** -Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1937 por sus descubrimientos sobre el ácido ascórbico (vitamina C) y sus investigaciones sobre la actina, una proteína muscular- descubrió **la relación entre las enfermedades degenerativas y el potencial eléctrico de la membrana celular**. Encargada de separar el interior de la célula del exterior, la membrana posee un determinado voltaje conocido como "potencial de membrana" que viene determinado por la concentración de iones (átomos con carga eléctrica) situados a ambos lados de la misma. La membrana presenta una polaridad positiva en su cara extracelular y negativa en su cara intracelular con un potencial de membrana del entorno de los -90 mV en situación de reposo y estado saludable. Estos datos de Gyorgyi serían confirmados en 1986 por **R. Bingelli** y **C. Weinstein** quienes establecieron la siguiente clasificación:

- " Potencial de la membrana de la célula: desde -100 mV hasta 0 mV.

- " Células sanas no proliferantes: entre -100 y -75 mV.

- " Células alteradas pero benignas: entre -75 y -35 mV.

- " Células tumorales cancerosas: entre -35 mV y -5 mV.

Estos resultados han sido recientemente confirmados por el grupo de **Paul Roepe** en Estados Unidos que además ha demostrado que la despolarización de la membrana celular en las células cancerosas es la

causa principal de la resistencia de las células cancerosas a los agentes quimioterapéuticos.

EL PÁNICO CELULAR

A esto hay que añadir que entre las últimas aportaciones a este campo de investigación destaca la del físico e investigador griego en el campo de la respuesta biológica a los campos electromagnéticos **Panos T. Pappas** quien tras diez años de estudios sobre el comportamiento

bioeléctrico celular concluiría que *"el cáncer se produce en un estado extremadamente bajo de energía celular manifestada por un potencial de membrana de -15 milV que provoca una cadena de funcionamientos defectuosos específicos de la célula y un estado general de isquemia (falta de oxígeno) en el organismo"*. Pappas sostiene que cuando una célula está en ese estado de bajo potencial -por debajo de -15 milV- comienza su división como respuesta natural para intentar sobrevivir.

"Luego, la crisis de energía de un área pequeña de células -sostiene Pappas- se difunde o extiende a un área más amplia debido al principio más básico y fundamental de la física: el principio de la conservación de energía y el principio de conservación de la materia". Crisis de energía que, según el investigador griego, es lo que da lugar a una serie de reacciones que dan lugar al desarrollo del cáncer. En suma, para llegar al cáncer se da el siguiente proceso:

- " Un potencial de membrana bajo.
- " La acumulación de iones de sodio dentro de la célula (hypernatremia).
- " El aumento de la unión de moléculas de agua con moléculas de sodio en el interior de la célula.
- " La inflamación celular.
- " El aumento de la presión osmótica en el interior de la célula, lo que daña la membrana.
- " El crecimiento celular.
- " El adelgazamiento de la membrana celular.
- " La división celular.

En otras palabras, cuando el potencial de membrana desciende por debajo de los -15 milV el sistema entra en "estado de pánico" y comienza una multiplicación febril destinada a la supervivencia de la especie ante esas condiciones límite. El problema es que las nuevas células reproducen la cadena defectuosa al crecer en un ambiente de bajo potencial. El organismo reacciona entonces teniendo que consumir más energía y alimento para tratar de mantener vivas a las células tumorales y, de forma natural, se produce la difusión o metástasis del cáncer.

Como ejemplo de lo afirmado Pappas menciona la moderna técnica de la clonación de células vivientes a través de la ingeniería genética. La

técnica de clonar células vivas consiste básicamente en forzar a una nueva célula fertilizada a reproducirse en nuevas copias para que se desarrolle un embrión idéntico. La técnica consiste en aislar un óvulo recientemente fertilizado y ponerlo en un ambiente de nutrición muy bajo para que ese estado de inanición y baja energía obligue a la célula a multiplicarse buscando sobrevivir. Posteriormente, tras varias divisiones celulares, los biólogos colocan las nuevas copias celulares en un ambiente de nutrición adecuada y energía normalizada donde el embrión se desarrolla ya normalmente a partir de ese momento. En suma, aunque las causas de ese estado de "pánico celular" pueden ser muchas y complejas para muchos investigadores está fuera de toda duda -desde hace décadas- que todos los tejidos cancerígenos presentan un debilitamiento energético. Pues bien, a pesar de ser sobradamente conocida la naturaleza eléctrica de nuestras células, tejidos y órganos la medicina convencional ha venido ignorando los descubrimientos que en el campo de la Física y la Biología han ido apuntando a un método de tratamiento barato para tratar el cáncer basado en pequeñas corrientes eléctricas aplicadas en el interior de los tejidos tumorales.

RESPUESTA ELÉCTRICA AL TUMOR

Basándose en el déficit eléctrico que caracteriza a la célula cancerígena, el Dr. **Rudolf Peckar** -médico alemán fallecido- comenzaría a estudiar hace ya varias décadas la utilización de la electricidad para tratar el cáncer. Nació así la actual Electroterapia (ECT), conocida a lo largo del tiempo como *Galvanoterapia*, *Electrocancerterapia*, *Electroquimioterapia*, (por desarrollar procesos químicos a nivel celular, no por usar quimioterápicos) y *Bioelectroterapia*. Y es que Pekar llegaría a la conclusión de que *"la salud y la enfermedad están relacionadas con las corrientes bioeléctricas de nuestro cuerpo"* por lo que decidió buscar cómo restaurar la salud de la célula enferma... devolviéndola la energía perdida mediante el uso de la electricidad.

En suma, la Electroterapia consiste en hacer pasar una corriente eléctrica galvánica de entre 4 y 14 voltios mediante unos electrodos externos o electrodos subcutáneos de platino que se aplican en el tumor y/o en el área adyacente. Y hay que decir que con notable éxito. En cuanto al fundamento teórico que explica los resultados clínicos obtenidos hasta el momento se piensa que la electricidad, al circular a través de los dos electrodos -ánodo y cátodo- implantados directamente en el tumor o área tumoral, da lugar a un proceso electrolítico en el que los iones cargados positivamente (H^+ , Na^+ y K^+) migran al cátodo y los negativamente cargados (Cl^-) al ánodo. El área alrededor del cátodo se vuelve alcalina y la superficie alrededor

del ánodo se hiperacidifica. Y son esas acidificación y alcalinización que tienen lugar en el tejido, combinadas, las que llevan a la destrucción de las células malignas necrosando los tumores. Unas semanas después estos han desaparecido dejando simplemente una cicatriz lisa e indolora.

El segundo efecto directo de la corriente directa es que altera la concentración de iones -especialmente en el entorno extracelular del tejido- lo que induce de manera automática un cambio de potencial de la membrana celular. De forma simultánea -y dentro de la misma serie de reacciones puestas en marcha- se produce una reacción del sistema inmune que parece reconocer por fin como "enemigas" a las células tumorales que antes parecían no existir.

Cabe agregar que en todo este proceso las células sanas no se ven afectadas ya que la electricidad se abre paso entre el ánodo y el cátodo por el camino de menor resistencia... y ese es el de las células cancerígenas ya que tienen -30miliV o incluso menos. Las células sanas, sin embargo, al tener un alto grado de resistencia (-70miliV) no se ven afectadas.

La Electroterapia, pues, no sólo tiene carácter terapéutico sino también preventivo ya que además de las células tumorales se eliminan todas las células de baja resistencia que, con bastante probabilidad, habrían acabado convirtiéndose en cancerosas.

Es además interesante resaltar que la observación de las fotografías efectuadas en tumores externos antes y después del tratamiento con electroterapia ha permitido constatar que la necrosis posterior ocupa un espacio irregular y de tamaño mucho mayor que el del tumor antes de ser tratado, lo que apunta a que la corriente eléctrica cumple esa labor de eliminación de células precancerosas.

Y lo mejor es que la Electroterapia es una técnica no agresiva, no requiere la hospitalización del paciente -por lo que puede aplicarse de forma ambulatoria- y resulta muy barata comparada con el coste de los tratamientos convencionales (cirugía, radioterapia y quimioterapia). Es más, aunque puede usarse en muchos casos como monoterapia muchos oncólogos aún escépticos recurren a ella sólo como complemento de sus tratamientos convencionales.

EXPERIENCIAS CLÍNICAS EXITOSAS

El país donde el uso de la Electroterapia está más extendido es China. No obstante, centros de investigación de todo el mundo han efectuado numerosos estudios en animales -desde hamsters a cerdos- para conocer mejor sus efectos en los distintos tipos de tumores cancerígenos. Con excelentes resultados. Así lo refleja, por ejemplo, una investigación australiana titulada *A new treatment for unrespectable liver tumours: long-term studies of electrolytic lesions*

in the pig liver y desarrollada por **Simon A. Wemyss Holden** y otros investigadores en la Universidad de Adelaida y en el Hospital Queen Elizabeth. En el apartado de conclusiones puede leerse: *"La mayoría de los tumores de hígado son inoperables por lo que se necesita urgentemente un tratamiento alternativo a la resección quirúrgica. La electrólisis se ha investigado en estudios con ratas y el procedimiento es seguro, con efectos exactos y predecibles. La necrosis producida ha mostrado ser causa de la destrucción de depósitos de tumor en el hígado de la rata. Era necesaria pues una evaluación similar en un modelo con un animal grande antes de que pudieran comenzar los ensayos clínicos. Usando electrodos de platino conectados a un generador de corriente se crearon áreas de necrosis hepática en el hígado del cerdo. Ningún animal murió a consecuencia del tratamiento o tuvo que ser sacrificado prematuramente. Después de 2 días de tratamiento la mejora era mínima pero posteriormente empezaron a apreciarse evidencias de una mejoría progresiva, de tal manera que después de 4 meses el tamaño de la lesión electrolítica original se había reducido mucho y el área de necrosis había sido reemplazada por una cicatriz fibrosa con sólo pequeñas islas de tejido necrótico. En un modelo de animal grande la electrólisis es un método seguro para crear áreas de necrosis hepática. Las lesiones sanan con el tiempo y están asociadas a una morbosidad mínima. Los resultados apoyan un ensayo de electrólisis en los pacientes con tumores de hígado en la actualidad incurables".* Cabe añadir que este estudio resulta especialmente significativo no sólo por confirmar en cerdos el éxito obtenido en las ratas sino por la similitud existente entre el hígado humano y el del cerdo. Una similitud tal que ya ha comenzado a experimentarse con el trasplante de hígados de cerdo a seres humanos en situaciones irreversibles.

Pues bien, a pesar de tales éxitos las autoridades públicas sanitarias y la mayoría de los oncólogos siguen mostrando hasta el momento una evidente falta de interés por conocer a fondo el potencial de la terapia. Quizás porque resulta imposible a estas alturas patentar la electricidad como solución y a lo más que puede aspirarse es a construir cada vez mejores aparatos para su aplicación.

En suma, esa es probablemente la causa de que la Electroterapia siga sin ser aún un tratamiento popular en Occidente a pesar de tener tras de sí importantes trabajos clínicos realizados por investigadores cuya capacidad profesional está avalada por su trayectoria científica. A fin de cuentas, a los trabajos del doctor Peckar -pionero en esta técnica que desarrolló en su *Onckologische Schwerpunktpraxis* de Bad Ischl (Austria)- se añaden otros muchos trabajos. Es el caso de los realizados por **Swen Alfás** -presidente de la *Academy for Applied Knowledge International* con sede en Frederiksberg (Dinamarca)-,

Friedrich Douwes -director médico de la *Klinik St. Georg* en Bad Aibling (Alemania)-, **Xin Yu-Ling** -director de la *Clínica del Cáncer* en el *China-Japan Friendship Hospital* de Beijing (China) y uno de los investigadores que más casos tiene registrados con el tratamiento-, **Helmut Séller** -ex director médico de la *Klinik Winnerhof* de Baviera (Alemania)-, **Hiroshi Kikuchi** -investigador de la *Nihon University* de Japón-, **H. P. Weber** .investigador del *Institut Fur Organo-Bio-Therapie* de Colonia y discípulo de Peckar- y **Bjorn E. W.**

Nordenstrom -profesor emérito de Radiología en el *Radiology at Karolinska Institute* de Estocolmo (Suecia) y presidente en 1985 de la asamblea encargada de conceder el Nobel de Medicina-. Todos ellos personalidades científicas de renombre cuya mera referencia debería ser suficiente para terminar con el escepticismo de los más incrédulos en lo que a las posibilidades de la Electroterapia se refiere. Por otra parte, si los nombres no bastan... ahí están sus resultados. Y es que a medida que han avanzado las investigaciones de todos ellos los resultados no han dejado de sorprender.

Como antes adelanté, China es uno de los países en donde, probablemente por razones culturales, la aplicación de la Electroterapia más ha arraigado y en donde se han realizado los estudios más amplios. Un comité de expertos creado por el Ministerio Público de Salud de ese país decidió, tras comprobar los buenos resultados que se venían dando desde la visita en 1987 del profesor Nordenstrom, diseñar toda una estructura para su aprendizaje y práctica. Siendo el *China-Japan Friendship Hospital* el designado para organizar los cursos. Y hay que decir que en los últimos años ha impartido más de 120 a los que asistieron para formarse cerca de 2.200 médicos. La consecuencia es que hoy existen ya 1.260 hospitales en China que utilizan la Electroterapia y se han tratado más de diez mil casos. Según los datos, hasta 1997 se trató con Electroterapia a 8.240 enfermos de los que 7.642 padecían tumores malignos. Pues bien, hubo remisión -completa o parcial- en el 76,1% de los casos. Y de las 598 personas que padecían tumores benignos se obtuvo remisiones completas o parciales en el 94,1% de los casos. Estos datos confirmarían los presentados en la I Conferencia Internacional de Tratamiento del Cáncer con *Bioelectroterapia* realizada en Beijing (China) en 1992 sobre 2.516 casos según los cuales el 78,1% había experimentado claras mejorías (remisiones parciales o completas). Seis años después -en 1988-, los oncólogos chinos informaban en la II Conferencia Internacional de Tratamiento del Cáncer con *Bioelectroterapia* -celebrada también en Beijing- que el tratamiento en 4.000 enfermos de cáncer había permitido obtener remisiones parciales o completas en más del 80% de los casos. Por su parte, los resultados del antes mencionado doctor H. P. Weber

-realizados entre 1997 y 2003 en Colonia (Alemania) con personas en su mayoría desahuciadas por la medicina convencional- son aún mejores pues la suma de remisiones parciales y completas alcanzaba el 91% de los casos en 18 patologías cancerígenas. Obteniéndose un extraordinario 100% de remisión completa en el tratamiento del melanoma maligno de piel en los 39 casos tratados, un 92% de remisión completa en los 78 casos de cáncer de piel, un 79% de remisión completa en los 47 casos de cáncer de hígado y un 89% de remisión completa en los 276 casos de cáncer de próstata. Esta proporción de remisiones es, por supuesto, mucho mejor de la que puede presentar cualquier terapia convencional para tratar tumores malignos.

En suma, la experiencia acumulada permite concluir que la Electroterapia logra en un alto porcentaje de casos la remisión total o parcial de todo tipo de tumores malignos y ello...

- Sin perjudicar el sistema inmune.
- Sin efectos colaterales negativos.
- Sin dañar los tejidos sanos.
- Sin los potenciales problemas de la anestesia general ya que sólo se usa localmente; y,
- Sin dejar cicatrices problemáticas.

EFICAZ EN NUMEROSOS TIPOS DE CÁNCER

Debemos agregar que la Electroterapia ha demostrado ya su efectividad en el tratamiento de cánceres viscerales como los de pulmón, esófago, hígado, glándulas suprarrenales, garganta, recto, útero, y próstata. Siendo los buenos resultados en los cánceres de pulmón los más conocidos desde hace tiempo. El mencionado profesor Björn Nordenström -autor de *Biologically Closed Electric Circuits (BCEC)*, obra fundamental para entender los circuitos eléctricos biológicos- comenzó ya en la década de los 70 a tratar cánceres de pulmón con electroterapia informando de lo logrado en un ensayo preliminar sobre cinco pacientes que publicó en 1978. Posteriormente -en 1983- publicaría un libro en el que dio a conocer los resultados del tratamiento con electricidad en 26 tumores pulmonares presentes en 20 pacientes, muchos de ellos desahuciados y apartados de los protocolos habituales (cirugía-quimio-radioterapia). En él cuenta que obtuvo regresiones en 12 de los 26 tumores sin que después de 5 años reaparecieran. Nordenström obtuvo también magníficos resultados en 14 pacientes con tumores incurables por métodos convencionales tratándolos con terapia combinada: electroterapia y quimioterápicos. Obviamente, el investigador sueco no ha sido el único en obtener tan buenos resultados. Su estela, como ya hemos contado, fue seguida sobre todo en China en donde se han realizado muchos más estudios

de los ya narrados. El investigador chino Xin Yu Ling, por ejemplo, afirma que el uso de la Electroterapia en 386 enfermos de cáncer de pulmón -287 hombres y 99 mujeres de distintas edades entre los 25 y los 78 años con estados medio y avanzado de la enfermedad- permitió lograr resultados excelentes. De esos 386 casos, en 99 (25.6%) se consiguió una remisión completa y en 179 (46.4 %) una remisión parcial. La mejoría alcanzó, pues, al 72% de los casos. La conclusión del estudio fue clara: *"La Electroterapia es fácil de usar, efectiva, segura, menos traumática y permite a los pacientes recuperarse rápidamente. Se trata de un nuevo y efectivo método para tratar pacientes con cáncer de pulmón que no pueden ser operados y no pueden recibir quimioterapia o radioterapia"*.

Y en la misma línea apuntan las investigaciones sobre otros cánceres viscerales. Por ejemplo, en los cánceres avanzados de esófago y esófago-cardiales. Xin Yu Ling y sus colaboradores han podido comprobarlo. *"No hay -explican en su informe- ningún método eficaz para tratar a quienes tienen síntomas de obstrucción, no han podido tomar comida durante mucho tiempo y están muy débiles. Sin embargo, en 1992 nosotros empezamos a tratar a esos pacientes con Electroterapia y obtuvimos éxito. Tras el tratamiento los síntomas de obstrucción desaparecieron, pudieron tomar comida y cuidar de sí mismos. Así que es obvio que se trata de un método eficaz para tratar cánceres de esófago de fase tardía y cáncer esófago-cardial"*. Cabe añadir que las experiencias en otros tipos de cánceres de vísceras han sido igualmente esperanzadoras.

Finalizamos explicando que si en los casos mencionados los resultados han sido satisfactorios... aún lo han sido más en los cánceres superficiales como los de pecho, tiroides, glándula parótida, cavidad oral (incluso cánceres de lengua y encía), vagina y piel. El antes citado doctor Weber ha obtenido en Colonia (Alemania), por ejemplo, el 100% de remisión completa en los casos de melanoma maligno de piel. Además, en los últimos años la Electroterapia se ha aplicado también con éxito en el tratamiento de tumores benignos como el hemangioma, el adenoma tiroideo, el fibroma de pecho y otros.

El doctor Xin Yu Ling y otros investigadores explican en su *trabajo Treatment of cavernous hemangioma with electrochemical therapy* que *"la terapia electroquímica (denominada así por provocar reacciones químicas en los tejidos y no por compatibilizarse con quimioterapia) fue usada para tratar hemangiomas cavernosos en 48 pacientes. Los tumores se encontraban localizados en la mejilla (14), cuello (13), la cavidad oral (8), la pared del pecho (6), los miembros (2) y el hígado (5). El tumor más grande era de 18 x 13 centímetros de diámetro y el más pequeño de 3,5 x 4 cm. Después de la anestesia local insertamos electrodos de platino en el tumor. La efectividad clínica fue de 34*

pacientes con remisión completa (CR) en los que los hemangiomas desaparecieron y la apariencia de los pacientes volvió a la normalidad; 11 pacientes con remisión parcial (PR) en los que el tumor se minimizó a la mitad y su apariencia mejoró; otros 3 pacientes no mejoraron y su tumor sólo se redujo una cuarta parte. La proporción eficaz total de CR más PR era 93.7%".

¿QUÉ PASA EN ESPAÑA?

Todo lo hasta aquí contado se encuentra publicado en trabajos científicos de prestigio. ¿Por qué los oncólogos españoles los ignoran? ¿Por qué no se plantean el uso de la Electroterapia, si no como monoterapia al menos como terapia complementaria? A fin de cuentas, está demostrado también que el efecto de aplicar la corriente directamente en el tumor permite una mayor absorción y más específica de los productos quimioterápicos. Y que permite evitar gran parte del sufrimiento al paciente y mejorar su calidad de vida. Y si no lo hacen los oncólogos debido a los enormes condicionamientos y presiones a las que están sometidos, ¿qué esperan nuestras autoridades sanitarias para incorporar al Sistema Público de Salud ésta y otras muchas de las terapias alternativas existentes sobre cuya indudable efectividad venimos hablando en esta revista desde hace meses? ¿Cuándo se va a dejar decidir a los españoles gravemente enfermos sobre su vida?

Evidentemente, queda mucho camino por investigar en el ámbito de la Electroterapia. Y es que aunque las máquinas de Electroterapia han ido evolucionando desde los años 70 con la fibra óptica y el control digital de la corriente galvánica produciendo mejores resultados hay que seguir profundizando en los procesos bioquímicos que desembocan en la necrosis tumoral, profundizar sobre la intensidad más adecuada de los campos eléctricos para ajustarla a los distintos tipos de tumor y tamaños, mejorar el método para descubrir las células tumorales residuales y delimitar las áreas en que cada electrodo causa la muerte de las células cancerosas, mejorar los efectos en cada sesión...

Sí, sigue habiendo preguntas por contestar. Pero los pacientes curados hasta hoy en distintas partes del mundo obligan a nuestra Sanidad Pública y a nuestras universidades a abrir sus puertas a la Electroterapia -como a otras muchas opciones terapéuticas- aunque solo sea porque se trata de un sistema mucho más barato y en muchos casos mucho más eficaz que los tratamientos convencionales. Es una esperanza que no se puede hurtar a los enfermos de cáncer. Laurent Schidler buscó la solución fuera de España y como la encontró en la Electroterapia es un firme convencido de su pronto reconocimiento público. *"El que cura tiene razón -escribe Schidler-. Así era la medicina en algún día muy lejano y apelo a todos los*

especialistas, generalistas y prescriptores para que volvamos a la esencia de la investigación; es decir, al margen de cualquier interés económico o prejuicios acerca de lo que es alternativo o no lo es. La curación es lo que importa, no la denominación. Apelo igualmente a todos los pacientes para que sean los propios gestores de su enfermedad y consideren alternativas válidas. Y apelo a los médicos para que no descarten de antemano y sin fundamento las soluciones alternativas serias porque ello significa dar la espalda al progreso en temas de cáncer".

Antonio F. Muro

La corriente eléctrica del *Indiba* también frena el crecimiento tumoral

Como nuestros lectores recordarán, Discovery DSALUD publicó ya en julio del 2002 que la electricidad que transmiten los equipos de hipertermia de *Indiba* ralentiza la proliferación de células tumorales e induce su muerte. Así lo comprobaría en experimentos "in vitro" el grupo que dirige **Alejandro Ubeda**, subdirector del Departamento de Investigación del Servicio de Bioelectromagnetismo del Hospital Ramón y Cajal de Madrid en un estudio encargado en su día por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En el experimento se emplearon dos tipos celulares de líneas humanas de origen canceroso y altamente sensibles a agentes químicos y físicos. La primera, de tejido nervioso: un neuroblastoma; la segunda, de tejidos periféricos: un hepatocarcinoma. Las células fueron expuestas -en condiciones ciegas para tratamiento- a corrientes del tipo empleado por el equipo de *Indiba*. Las densidades de las corrientes empleadas cubrían un amplio rango desde niveles atérmicos a térmicos (hipertermia 0,2 - 1,0 oC). Y los resultados se compararon con grupos de células de control, exactamente iguales a las otras...

sólo que no fueron expuestas a las corrientes. Por último, se analizaron diversos parámetros implicados en el proceso canceroso: la viabilidad celular, el crecimiento celular y la diferenciación celular.

Pues bien, los dos tipos de células cancerosas respondieron a las corrientes atérmicas y el efecto observado fue tanto de tipo citostático (reducción del crecimiento celular) como citotóxico (incremento de la muerte celular), dependiendo de la línea empleada. En otras palabras, se demostró que el Recuperador Electrónico de *Indiba* detiene la proliferación de las células cancerosas y a veces, incluso, provoca su destrucción. Y ello sin afectar negativamente a las células sanas.

(XXIV) LA CURACIÓN DEL CÁNCER MEDIANTE LA ALIMENTACIÓN



Todos sabemos que lo que comemos influye poderosamente en nuestro organismo. Hasta el punto de que hacerlo incorrectamente puede llevarnos al padecimiento de numerosas patologías, cáncer incluido. Lo que no es tan conocido es que hasta el cáncer puede no ya prevenirse sino combatirse con la alimentación adecuada. Así lo asevera por ejemplo Francisco Martín Acrís quien ha desarrollado una dieta que potencia el sistema inmune mediante la ingesta de productos naturales y cuyo seguimiento llega a lograr parar el crecimiento de los tumores malignos e, incluso, lograr su necrosis y desaparición. La idea es restablecer la armonía biológica del organismo de forma natural. Y funciona.

"Que tu alimento sea tu medicina". Con esta conocida frase de **Hipócrates** comienza **Francisco Martín Acrís** -diplomado en Crecimiento Celular y Cáncer así como en Nutrición y Dietética y presidente de la sección de *la Asociación Española contra el Cáncer* de la Línea de la Concepción- su obra *Cómo prevenir los tumores malignos mediante dieta*.

La pérdida irreparable de su madre a consecuencia del cáncer haría que esa enfermedad marcara su vida, su trabajo y su dedicación intelectual y hoy, tras muchos años de investigación y experiencias, ha decidido compartir el fruto de ese trabajo no sólo con quienes se acercan por la sede de la asociación que preside sino con nuestros lectores. Y su conclusión, como la de Hipócrates y muchos otros investigadores de vanguardia, es que en la alimentación se encierra una de las claves más importantes para prevenir e, incluso, superar el cáncer.

¿Significa eso que en nuestro refrigerador puede encontrarse entonces la solución a tan temible enfermedad? Pues puede que en buena medida sí, que usted tenga en su frigorífico algunos de los recursos

más eficaces para prevenir o curar el cáncer... y muchas de las llamadas "enfermedades crónicas". Y si no lo están será simplemente porque usted ha decidido ignorar contra toda lógica los consejos que sobre la importancia de una nutrición adecuada y equilibrada venimos recibiendo desde hace años.

Cada vez son más los estudios que vinculan el cáncer con la dieta. Se calcula que entre el 30 y el 40% de los cánceres se deben a graves trastornos en nuestra alimentación. Sin embargo, teniendo en cuenta que la nutrición es la base de nuestro sistema de defensa biológica y, por tanto, que cualquiera que sea el origen que se le atribuya al cáncer éste debe desarrollarse en nuestro organismo venciendo la resistencia del sistema inmune puede concluirse que la alimentación tiene mucho que ver no sólo con la prevención sino también con la cura de todo tipo de cánceres.

El último informe realizado de forma conjunta entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) con el fin de tratar de limitar el continuo aumento del número de fallecimientos anuales a consecuencia de enfermedades crónicas -entre las que se encuentra el cáncer junto a otras como la diabetes, la obesidad, la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares- concluye que una dieta con poco consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, y mayor consumo de verduras, hortalizas y frutas además de la práctica regular de alguna actividad física contribuiría a reducir las altas tasas de muerte y enfermedad mencionadas.

El informe, basado en el análisis de las mejores pruebas científicas actualmente disponibles y en el dictamen colectivo de un grupo de 30 expertos, marca las pautas de una dieta no sólo equilibrada sino también preventiva y curativa. Veamos al respecto tres opiniones muy autorizadas:

-Jacques Diouf, Director General de la FAO, afirma: *"Hoy en día sólo una minoría en el mundo consume las cantidades de frutas y hortalizas recomendadas en el documento. Para nuestras organizaciones representa un gran desafío encontrar soluciones para incrementar el suministro de fruta y hortalizas y permitir que se generalice su consumo".*

-Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS hasta julio del año pasado, asevera por su parte: *"Desde hace mucho tiempo se sabe que los alimentos con abundantes grasas saturadas, azúcar y sal hacen daño y que en todo el mundo está aumentando el consumo de alimentos con gran densidad de energía y poco nutritivos a la vez que la vida se hace más sedentaria. Y esos factores, aunados al consumo de tabaco, son las principales causas del gran aumento de las enfermedades crónicas".*

-Finalmente, el doctor **Ricardo Uauy**, Director del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile y profesor de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres además de presidente del Grupo de Expertos afirma: *"La gente debería comer menos alimentos hipercalóricos -especialmente alimentos ricos en grasas saturadas y azúcar-, realizar alguna actividad física, consumir preferentemente grasa no saturada en vez de saturada e ingerir menos sal y más frutas, hortalizas y legumbres dando además preferencia a los alimentos de origen vegetal y marino"*.

Nada nuevo bajo el sol, cierto, pero lo realmente significativo es que las claves no por ser conocidas son respetadas.

MIRANDO HACIA ATRÁS

A medida que aumenta el número de estudios realizados sobre la nutrición y su incidencia en la salud parece cada vez más evidente que es necesario volver a recuperar en buena parte la dieta que ha permitido llegar a la humanidad hasta el siglo XXI con un sistema inmune que justo ahora comienza a ser desbordado por múltiples enfermedades. Martín Acris insiste en ello como punto de partida: *"En mi opinión, la alimentación aconsejada hoy por los expertos no guarda relación alguna con la que consumía el ser humano de manera instintiva con arreglo a lo que el medio natural le ofrecía y que permitió su largo viaje a través de los tiempos sin apoyo sanitario. La moderna sociedad industrial ha creado una forma de vida y un entorno artificial cuya oferta alimenticia está constituida por productos manipulados -también genéticamente-, transformados, desnaturalizados, etc., que está privando a nuestro sistema inmune de los elementos o sustancias necesarias para el mantenimiento de su actividad. Por eso hoy nuestro sistema inmune es incapaz de enfrentarse a los terribles desafíos a que está sometido. Su actividad frente al cáncer es claramente deficitaria, una situación que se ve incrementada por la intervención -en muchos casos desesperada- de las 'armas químicas' utilizadas en la quimioterapia farmacológica, intervención agresiva que suele provocar además inmunodeficiencia yatrogénica"*.

Después de muchos años de estudio y experiencia personal con enfermos de cáncer, Martín Acris cree que ha llegado el momento de centrar el debate sobre el cáncer en torno a la nutrición y terminar con algunos mitos de la sociedad moderna sobre esta enfermedad: *"En cuanto a los factores de riesgo frecuentemente señalados y conocidos -tabaco, alcohol, grasas, lácteos, carnes rojas, problemas ambientales, alergias, virus, gérmenes, parásitos etc.- repito lo que he manifestado en numerosas ocasiones: parece que no son decisivos ni*

determinantes. Millones de personas están habitualmente en contacto con ellos y no resultan afectadas. Consecuentemente, ninguno de esos factores puede ser la 'causa directa' del cáncer. Salvo que uno esté sometido a sus efectos nocivos de forma persistente y ello, junto a la acumulación de toxinas en el organismo y un sistema inmune poco activo por carencia crónica de las sustancias naturales necesarias para un correcto funcionamiento metabólico favorezca el perfil bioquímico que pone en marcha el mecanismo que desencadena la división celular caótica, constante y acelerada a la que llamamos cáncer".

Es decir, la aparición y desarrollo de un cáncer depende de la suma de distintos factores -entre los que los traumas emocionales ocupan probablemente el primer lugar- y ello está en función de las circunstancias de cada enfermo. Sin olvidar que a los factores externos cabe añadir los debidos a la herencia genética y a las disfunciones metabólicas. Ahora bien, no es menos cierto que existe en todos ellos un común denominador: el mal funcionamiento del sistema inmunitario. De ahí que la brutal agresión que éste sufre con los tratamientos convencionales oncológicos -quimioterapia y radioterapia- debiera poner simplemente por ello su utilización en entredicho.

En suma, siendo la nutrición la base principal de nuestras defensas orgánicas es preciso que se entienda de una vez por todas que llevar una alimentación adecuada no es sólo una cuestión que incida en nuestro peso sino que puede tratarse de un asunto de vida o muerte a la hora de prevenir -entre otras muchas patologías- el cáncer, enfrentarse a él y superarlo. Es más, sólo un sistema inmune fuerte permite resistir cierto tiempo los agresivos tratamientos farmacológicos actuales.

Cabe agregar que las modernas técnicas de laboratorio han puesto hoy a nuestro alcance numerosos componentes alimentarios que ayudan en esta silenciosa batalla para prevenir el cáncer y, a veces, incluso combatirlo si ya se padece la enfermedad. Siendo los principales elementos bioquímicos de esta batalla interna contra el cáncer lo que los investigadores llaman quimioprotectores. *"La gente debería saber que las investigaciones más interesantes y prometedoras realizadas en las dos últimas décadas del siglo XX -afirma Francisco Martín- han estado centradas en las sustancias químicas que contienen los alimentos crudos, en especial frutas y verduras. Y son ya muchos los expertos que estiman que una dieta rica en frutas y verduras reduce la incidencia de cáncer en un elevado porcentaje. De ahí que mi dieta contra el cáncer esté pensada para proporcionar una nutrición óptima potenciando la actividad del sistema inmune. Y no sólo eso: tiene además efecto selectivo anticancerígeno".*

Pues bien, llegados a este punto hay que decir que las claves de la

dieta alimentaria anticancerígena se centra en la actividad de los denominados *antioxidantes*, de las *enzimas* y de algunos *fitoquímicos*. Hablemos de ello.

SUSTANCIAS ANTIOXIDANTES

La *American Cancer Society* admite que toda dieta con alto nivel de frutas y vegetales es de por sí rica en antioxidantes y éstos poseen una clara actividad anticancerígena que viene dada por su capacidad de contrarrestar el efecto de los radicales libres, moléculas inestables capaces de alterar la vida celular "robando" electrones de los átomos vecinos. Y según se cree, cuando éstos se encuentran en exceso en el organismo a consecuencia de una mala dieta o de elementos contaminantes -como la polución química de nuestro entorno, la radiación, el tabaco, los pesticidas presentes en la comida o los rayos ultravioletas, entre otros- alteran el ADN celular o su membrana iniciándose con ello la replicación posterior en cadena que da lugar a los tumores malignos. De hecho, muchos han llegado a aseverar incluso que cuando una sustancia es señalada como "cancerígena" lo que se está diciendo es que es "productora de radicales libres". Radicales a los que se ha vinculado también, por cierto, con la arteriosclerosis, la artritis y la artrosis, el envejecimiento, las cataratas, el deterioro del sistema inmune, el Alzheimer y el Parkinson, entre otras dolencias. Pues bien, los científicos sostienen mayoritariamente que los antioxidantes pueden neutralizar el efecto de los radicales libres donándoles uno de sus propios electrones y estabilizándolos. Siendo los más potentes los betacarotenos (precursores de la vitamina A), las vitaminas C y E, la glutathion peroxidasa, los flavonoides, las antocianinas, los picnogenoles y la enzima superóxido dismutasa así como otros de menor potencia pero igualmente útiles como las vitaminas B3, B6, B8 y B12, el ginkgo biloba, la co-enzima Q-10, el cromo, el zinc, el selenio, el calcio y el magnesio.

Ahora bien, esta explicación quizás deba replantearse porque un equipo de investigadores del *University College* de Londres acaba de asegurar en la revista *Nature* que la teoría de que el exceso de radicales libres puede dar lugar a las enfermedades mencionadas no se sostiene. Y que, por tanto, la utilización de antioxidantes para combatirlos -es decir, sustancias capaces de absorber oxígeno y evitar así la oxidación de las moléculas orgánicas- carece de *sentido* (vea el *texto de esta sorprendente información en la sección "Noticias" de este mismo número*).

En todo caso, sea por la presencia de elementos antioxidantes -como hasta ahora se ha planteado-, por la de determinadas enzimas naturales o por ambas razones u otras -habrá que delimitarlas en el

futuro- lo cierto es que la mayor parte de ambos elementos -antioxidantes y enzimas- se encuentran en las frutas y verduras. Aunque no sólo en ellas.

En cuanto a los alimentos que mayor número de antioxidantes contienen están el té, el aceite de oliva, el vino tinto y el pescado -especialmente el azul- además de verduras como el ajo, el boniato, el berro, el brécol, la berenjena, la calabaza, el calabacín, la cebolla, la col, la col lombarda, la col rizada, el colinabo, el colirrábano, el repollo, las coles de Bruselas, la coliflor, la espinaca, el guisante, el pimiento, la remolacha, la soja, el tomate y la zanahoria. En cuanto a las frutas destacan los albaricoques, los arándanos, los cítricos, las ciruelas, las frambuesas, las fresas, las grosellas, los kiwis, los limones, las manzanas, los mangos, los melones, las moras, las naranjas, las papayas, las pasas, las piñas y las uvas.

LOS FITOQUÍMICOS

También se sabe que los fitoquímicos -sustancias naturales activas contenidas en las plantas- refuerzan el sistema inmune, regulan el sistema endocrino y pueden incluso conducir en algunos casos a las células cancerosas al "suicidio" (apóptosis) así como reparar el daño causado en el ADN -por ejemplo, a consecuencia del tabaco y otras exposiciones tóxicas- además de ayudar a la desintoxicación de ciertos elementos cancerígenos en sinergia con enzimas naturales. De hecho, cada año los investigadores descubren más beneficios terapéuticos en los fitoquímicos. Probablemente por eso la gran industria farmacéutica intenta hoy restringir como sea su utilización.

Hoy se conocen ya más de cien fitoquímicos pero la mayor parte de ellos están poco estudiados. Así pues, no se sabe en general cuáles son sus dosis idóneas y qué problemas puede ocasionar su deficiencia en el organismo. Sí se sabe, en cambio, que poseen diversas propiedades terapéuticas contrastadas. Y como nuestro organismo no los almacena para asegurarse de su presencia conviene tomar frutas y verduras a diario.

Los fitoquímicos más conocidos -como bien se recoge en el libro *La Dieta Definitiva* del que precisamente extraemos el siguiente texto- son:

-Los bioflavonoides También conocidos genéricamente como *vitamina C2, rutino o citrina* hay más de 4.000 tipos en la naturaleza. Está demostrado que ayudan a combatir el exceso de radicales libres potenciando el efecto de los antioxidantes y que actúan como eliminadores de los metales pesados. Mejoran notablemente la circulación sanguínea y tienen propiedades antiinfecciosas y anticancerígenas. Los alimentos más ricos en bioflavonoides -y cuyas propiedades terapéuticas están más estudiadas- son el alforfón, las

bayas, el brécol, el cacao, el escaramujo, las cebollas, las cerezas, la lima, el limón, el melón, las naranjas, la papaya, el pepino, el pomelo, el té, el tomate y las uvas.

-Los fitoestrógenos. Nivelan el exceso de estrógeno producido por el cuerpo protegiendo de diversas enfermedades -especialmente las relacionadas con las hormonas- y previniendo el cáncer. Son alimentos ricos en ellos la soja -sobre todo en forma de tofu y miso-, la alfalfa, el apio, las legumbres, los cítricos y el trigo, entre otros.

-Los compuestos de la familia allium -ajo, cebolla y cebollino- cuyos principios activos -*la alicina*, *la alixina*, el *disulfato dialilo* y el *trisulfato dialilo*- potencian el sistema inmunitario y protegen del cáncer.

-La clorofila. La sustancia que da color a los vegetales estimula la formación de glóbulos rojos en la médula ósea, ayuda a cicatrizar las heridas y protege también del cáncer. Se encuentra en todos los vegetales verdes así como en las algas marinas.

-El licopeno. Conocido antioxidante que se halla sobre todo en los tomates.

-El ácido elágico. Neutraliza algunas sustancia cancerígenas. Se encuentra en las frambuesas, fresas, fresones y uvas.

-Las capsaicinas. Ayudan al sistema inmune y se encuentran en los pimientos picantes.

-Las cumarinas y el ácido clorogénico. Previenen la formación de nitrosaminas en el organismo, sustancias causantes de cáncer. Son ricas en estos principios buena parte de las frutas y verduras, en especial los pimientos, los tomates y las zanahorias.

-La curcumina. Principio activo con demostradas propiedades antioxidantes. Se encuentra en la mostaza, los pimientos amarillos y el maíz.

-Los isotiocianatos. Protegen del cáncer, especialmente de colon. Se encuentran sobre todo en el brécol, la col, la col de Bruselas, la col rizada, la coliflor, el colinabo, el nabo y el rábano.

Otros fitoquímicos de interés son los **fenoles**, las **antocianidinas**, los **ditioliones**, la **genisteína**, el **lignano**, las **saponinas**, el **sulforafano** y los **carotenoides**. Estos últimos no son sino los pigmentos rojos, naranjas y amarillos encontrados en buena parte de las frutas y verduras y que constituyen una subclase de los *terpenos*, fitoquímicos presentes en casi todas las plantas vivas. Todo indica que son terapéuticamente útiles en muchos casos de cáncer así como en las enfermedades del corazón.

Hay que agregar que si bien nuestra comprensión de los fitoquímicos todavía está en sus comienzos la investigación en este ámbito se está extendiendo rápidamente porque parece que ofrecen una enorme posibilidad de protección contra el cáncer y otras enfermedades. Y

sean o no en el futuro la opción preferente para su tratamiento lo cierto es que, de momento, además de sus posibilidades terapéuticas nos están ayudando a aprender cada vez más sobre las defensas naturales contra diversas enfermedades.

LAS ENZIMAS

Las enzimas son sustancias de naturaleza proteica que multiplican de forma notable con su simple presencia muchas de las reacciones químicas que se producen en nuestro interior sin sufrir ellas transformación alguna, permaneciendo inalteradas. Y hay identificadas actualmente más de 3.000. También sabemos que hay al menos 22 tipos de enzimas digestivas, es decir, responsables de la transformación de los alimentos que ingerimos en sustancias más simples capaces de pasar al torrente sanguíneo a fin de ser utilizadas. Y hay tres categorías básicas:

- Las proteasas** (se las conoce también como **enzimas proteolíticas** y se encargan de ayudar a degradar las proteínas).

- Las amilasas** (encargadas de ayudar a degradar los carbohidratos y almidones). Y,

- Las lipasas** encargadas de ayudar a degradar los lípidos o grasas. Conviene saber, en todo caso, que existen diferentes tipos de enzimas digestivas específicas localizadas en diferentes lugares: el páncreas, las glándulas salivares, el estómago, el intestino delgado, etc. Pues bien, la principal fuente de enzimas son los alimentos **crudos** ya que la mayoría de ellas se destruyen con el calor y, por tanto, al calentar, cocer, asar o freír los alimentos. De ahí la importancia de una dieta rica en ensaladas y frutas crudas.

En definitiva, son imprescindibles en la digestión y aprovechamiento de los alimentos pero es que además hay enzimas que controlan multitud de actividades. Y, sobre todo, participan de forma muy activa en el equilibrio del sistema inmunitario tanto a nivel humoral como celular. En lo que al ámbito de la oncología se refiere, se sabe por ejemplo que ayudan a estimular el factor de necrosis tumoral, son capaces de detectar antígenos en la superficie de la célula cancerosa permitiendo su identificación y destrucción, contribuyen a deshacerse de los inmunocomplejos producidos cuando las células cancerosas liberan sus propios antígenos, alivian los efectos de la quimioterapia e inhiben la capacidad de las células cancerosas de unirse a otras lo que previene su diseminación.

Las enzimas, en suma, son vitales para un organismo sano. Y como decimos, básicamente se encuentran en las frutas y vegetales crudos, razón por la que deben consumirse todos los días. Es la única forma de garantizar los niveles enzimáticos adecuados.

UNA DIETA EQUILIBRADA CONTRA EL CÁNCER

Pues bien, el conocimiento de todas estas investigaciones sobre la aportación de los alimentos y algunas plantas a la salud es parte fundamental de la dieta anticancerígena propuesta por Martín Acris que, como no podía ser de otra manera, recordaría la necesidad de consultar con el médico cuando ya se está bajo tratamiento.

"Básicamente, mi dieta contra el cáncer -nos explicaría- tiene la finalidad de restablecer la conducta biológica 'normal' del organismo aportando suficientes vitaminas, minerales, proteínas, aminoácidos, enzimas y diversos oligoelementos. Buscando además racionalizar la ingesta de proteínas para reducir la concentración de elementos nitrogenados ya que ello evita posibles mutaciones y disfunciones orgánicas además de las agresiones, agotamiento y deterioro de los órganos excretores. Hay que evitar, asimismo, que la alimentación sea hipercalórica. En suma, se trata de una dieta que permite crear un entorno hostil al tumor y además favorece el restablecimiento del mecanismo natural de la apoptosis -suicidio celular- en las células cancerosas al tiempo que facilita a los anticuerpos y linfocitos T el acceso a las células cancerosas. Finalmente, se trata de una dieta rica en nutrientes no alterados que potencia el sistema inmune a fin de que éste, por sí mismo y de forma natural, neutralice el cáncer".

"Es asimismo necesario -agregaría- favorecer la eliminación activa de microorganismos patógenos y parásitos al tiempo que se aumenta el consumo de proteínas no desnaturalizadas. Y es que está constado que diversos agentes químicos, las situaciones de estrés o las mutaciones genéticas -entre otras causas- pueden dañar las proteínas en un proceso que se llama 'desnaturalización' y cuya consecuencia más inmediata es la pérdida de actividad biológica. Es más, la desnaturalización provoca una clara inmunodepresión que se ve incrementada por la que causan los fármacos anticancerosos y la radioterapia".

FASE DE PREPARACIÓN

Martín Acris propone antes de iniciar su dieta una fase de preparación de 72 horas durante las cuales sólo puede ingerirse:

- Dos cucharadas diarias de aceite de lino (una por la mañana y otra por la tarde).
- Dos limones diluidos en agua para beber a lo largo del día.
- Fruta fresca **de temporada**. La que se quiera pero con moderación. Lo adecuado son entre 4 y 6 piezas al día. Las más indicadas son las de colores anaranjado, rojo o verde intenso.
- Yogur natural. (uno al día).
- Un zumo de zanahoria a media mañana (en vaso grande de agua).
- Un zumo de uva a media tarde.

-Zumo de manzana cada vez que se sienta hambre.

La *comida de mediodía* se hará a base de ensalada (al gusto y aliñada con aceite de oliva virgen extra), pescado -preferiblemente azul- y manzana (cruda, hervida o al horno).

En cuanto a la *cena* debe hacerse antes de las 20.00 h. y tomar lo mismo que a mediodía pero sustituyendo la ensalada por una sopa de verdura.

(Martín Acris propone repetir esta fase de 3 días cada mes).

Complementos durante la fase de preparación:

Durante la fase de preparación conviene tomar los siguientes complementos:

- Un suplemento de vitamina C (los expertos en Medicina Ortomolecular aseguran que no hay riesgo alguno ni siquiera tomando diez gramos diarios. En todo caso, es preferible en su forma de ascorbato cálcico en lugar de como ácido ascórbico; puede pedirse en farmacias).
- Un diente de ajo crudo dejado macerar toda la noche en una cucharada sopera de aceite de lino que se ingerirá por la mañana.
- Tres comprimidos de spirulina al día durante un año.
- Una cucharada al día de levadura de cerveza (salvo en caso de embarazo).
- 20 gotas de cloruro de magnesio diluidas en agua al acostarse.

LA DIETA CONTRA EL CÁNCER

Al seguir la dieta, tenga en cuenta estos consejos:

- Debe beber abundante agua. Cuanta más mejor. Restrinja en cambio el consumo de cítricos para evitar una posible desmineralización ósea.
- Mastique bien los alimentos.
- Asegúrese de ingerir suficiente fibra con la comida cada día.
- Prefiera siempre los alimentos crudos (verduras y frutas) a los cocinados. Preferiblemente ecológicos o, en su defecto, lavados a fondo y desparasitados.
- Consuma al menos 5 piezas de frutas cada día.
- Compruebe si es alérgico o intolerante a algún alimento y en tal caso elimínelos.
- Si padece estreñimiento póngase simplemente un enema de agua templada-caliente y, si es persistente, añada al agua media taza de café.
- Use las especias con moderación. Las más adecuadas son el tomillo, el clavo, el perejil, el comino, el hinojo y la salvia. La sal con mucha moderación y mejor si es sal marina.
- Abandone el tabaco de inmediato si fuma y evite estar en ambiente contaminados por él.
- Haga algún ejercicio físico moderado todos los días (por ejemplo,

pasear una hora por ambientes naturales como la orilla del mar o paisajes arbolados).

-Elimine por completo el alcohol, el café, el té negro y las bebidas industriales (sodas, colas, gaseosas, refrescos, etc.).

-Suprima por completo la ingesta de grasas saturadas (especialmente los embutidos), el azúcar y todos los alimentos refinados, precocinados, envasados o enlatados.

-Excepción hecha del yogur natural, no tome leche ni productos derivados.

-No utilice calzado con suela aislante. Sería conveniente que caminara descalzo por hierba, arena o baldosa unos minutos antes de acostarse para descargarse de la energía estática acumulada.

-Antes de ir a dormir lávese bien los dientes y luego enjuáguese la boca con agua y sal yodada.

LA DIETA

Desayuno:

Tome para desayunar la fruta cruda y fresca **de temporada** que más le apetezca. Si lo desea, ingiera también un yogur natural. Y si también le apetece, cualquiera de las infusiones recomendadas (manzanilla -con o sin anís-, poleo-menta, tila, sen, malca, ajeno o clavo), tanto solas como mezclando algunas (las mujeres embarazadas deben consultar a su médico).

A media mañana:

-Un vaso de zumo de uva, zanahoria o manzana.

-Algunos frutos secos (siempre que no tengan sal ni estén fritos)

A mediodía:

a) De primer plato tome verdura -cruda, asada o a la plancha- o bien una ensalada variada abundante aderezada con aceite de oliva virgen extra (sin vinagre). Podrá incluir en ella yema de huevo tres veces por semana. Y procure poner siempre en ella ajo, cebolla y perejil. Entre las verduras más aconsejables están las crucíferas (toda la familia de las coles). También puede ingerir legumbres siempre que las prepare sin grasa saturada.

b) De segundo plato puede tomar pescado (sobre todo el azul), marisco o carne magra (sin grasa) -especialmente de ave- con acompañamiento de verduras.

c) De postre tome manzana (cruda, hervida o al horno) o un yogur natural (si no tomó ya uno por la mañana).

Merienda:

-Fruta -o zumo casero- así como algún fruto seco (sin sal ni frito).

Cena: *(hágalas siempre antes de las 20 h):*

Sopa de verduras y pescado o carne magra. De postre, de nuevo manzana o yogur natural.

(Después de cenar sólo podrá tomar agua y zumos de fruta fresca si tuviera hambre).

Complementos durante la dieta:

Los mismos que durante la fase preparación a los que conviene añadir ocasionalmente:

- Una cucharada de aceite de hígado de bacalao.
- Germen de trigo en copos.
- Semillas de sésamo.
- Carbonato de magnesio (tres veces por semana en días alternos).
- Batidos de soja.

CONCLUSIÓN

Tales son los principios básicos de la dieta propuesta por Francisco Martín Acris. En todo caso, recuerde que la salud es una cuestión de armonía. Y que nuestras emociones y pensamientos influyen siempre -positiva o negativamente- en nuestro organismo. Hay que cuidar pues esos aspectos tanto como el físico. Lo que no obsta para que entendamos que la alimentación es absolutamente fundamental. Una dieta como la propuesta tiene la virtud de desintoxicar nuestro organismo, mejorar su metabolismo, incrementar las defensas del sistema inmune y, consecuentemente, permitir que nuestro propio cuerpo encuentre la solución al cáncer... y a cualquier otra patología que podamos padecer. Basta facilitarle los nutrientes que precisa con la alimentación y, si fuera necesario, complementarlo con suplementos fitoterapéuticos y ortomoleculares.

Le aseguramos que, por mucho que le sorprenda, es un método seguro, eficaz e inocuo tanto para protegerse del cáncer como para afrontarlo. Por eso, incluso si ha decidido someterse a quimioterapia o radioterapia le sugerimos que tenga en cuenta lo aquí dicho porque una adecuada nutrición le servirá para soportar mejor tan agresivos tratamientos. Y si decide confiar sólo en la alimentación hágalo después de informarse exhaustivamente sobre todas las posibilidades que las distintas dietas le ofrecen. Lo que es evidente es que los millones invertidos en marketing por las multinacionales farmacéuticas hacen que aún esté lejos el día en que la alimentación sea la primera herramienta terapéutica contra el cáncer. Lástima

(XXV) SORPRENDENTE TRATAMIENTO DEL CÁNCER CON VITAMINA B17 Y UN COMPUESTO DE PLANTAS



Han Dong Kyu, naturópata coreano residente en España, padeció hace ya más de 10 años un tremendo cáncer que le afectaba al estómago, al intestino grueso y al pulmón. Desahuciado por sus colegas decidiría buscar por su cuenta cómo vencer la enfermedad. Y tras visitar Houston y Alemania y bucear en muchos estudios desarrolló una singular terapia basada en la aplicación de un compuesto de semillas ricas en vitamina B17 y otro de plantas coreanas que le permitió sobrevivir al cáncer. Desde entonces, mientras trata de ayudar a quienes hasta él se dirigen para superar la enfermedad, busca apoyo institucional para validar sus productos.

Han Dong Kyu tiene cerca de 70 años y ha tenido que convivir más de quince con los distintos tumores cancerígenos que invadieron todo su cuerpo -desde la oreja al intestino- y a los que venció buscando en la naturaleza soluciones que luego experimentó en sí mismo.

Agradecido con la vida, hoy trata de ayudar a superarlo a quienes, merced al boca a boca, tuvieron conocimiento de los resultados que obtiene en el tratamiento de muchos cánceres. Sus pacientes son su "evidencia clínica", las "pruebas vivientes" de los logros que obtiene. Claro que esos testimonios no tendrán "validez científica" mientras quienes pueden efectuar las pruebas, ensayos y protocolos necesarios no se animen a constatarlo "oficialmente".

Es más, son esas "pruebas vivientes" las que llevaron a Han Dong a ponerse en contacto con nosotros lo mismo que anteriormente intentó que le escucharan las más altas instituciones del estado sin conseguirlo. Y eso que hay una larga lista de personas dispuestas a acudir a donde haga falta para testimoniar que el tratamiento aplicado por este esforzado naturópata coreano les ayudó a superar el cáncer. Personas cuyos testimonios son similares.

"En septiembre de 1993 me diagnosticaron un cáncer epidermoide (en

la lengua) bien diferenciado y avanzado -cuenta **Lourdes Sánchez**-. Tenía la lengua destruida y se me había pegado a la base de la boca. Los doctores del Servicio Maxilofacial no pudieron operarme y me enviaron al Servicio de Oncología. Allí me dijeron que el tiempo máximo de vida que me quedaba era de aproximadamente un año... pero aquí me tienen. Me pusieron tratamiento con quimioterapia y radioterapia pero en lugar de mejorar iba empeorando. Al margen de los efectos secundarios, que eran horribles, me iba encontrando cada vez peor tanto física como psicológicamente. Y empecé a hundirme. Sería entonces cuando conocí a Han, hablé con él, lo medité mucho y decidí ponerme en sus manos. El 30 de octubre de 1995, cuando ya tenía que haber muerto según los oncólogos, fui a verles a la consulta, les expliqué por qué en su momento había dejado el tratamiento convencional y por qué había aceptado el que me propuso el doctor Han. No aceptaron muy bien mi decisión pero ante las evidencias me mandaron un escáner y me remitieron al departamento de Maxilofacial para una revisión. Y allí me dirían que en el escáner no aparecía nada, ningún tumor, si bien agregaron que, a fin de asegurarse, me harían una biopsia. Pues bien, recogí el resultado el 5 de diciembre de ese año y se confirmó lo que Han y yo sabíamos: ya no tenía cáncer. Habíamos vencido al cáncer, a ese maldito cáncer que acaba con la vida de tantas personas..."

A **María Esperanza Martín**, periodista, cuyo marido murió de cáncer, la detectaron un tumor en el pecho izquierdo en 1993 siendo sometida a una primera intervención en la que le dijeron que, al menos de momento, no era necesario extirpar la mama. Sin embargo, en diciembre del 96, tras los resultados de las pruebas, la recomendaron una operación inmediata advirtiéndola ya de que, una vez dentro del quirófano, quizás tuvieran que extirparle los dos pechos. Se negó. Un mes después, en enero, decidía seguir el tratamiento del Dr. Han. Hoy, los resultados de las pruebas indican que está curada como puede apreciarse en las fotos que acompañan este texto. "Aunque la terapia parece agresiva -recuerda Esperanza- el estado de ánimo en todo momento es bueno. De hecho, yo continué presentando un programa de televisión local en el que trabajaba. No son dolores inaguantables, ni tienes mal aspecto, ni mal olor. La herida de la operación del hospital fue más agresiva. Además se me infectó y las curas eran muy desagradables. Y a eso se añadía el malestar general debido a los antibióticos y medicamentos que tomaba. Porque todos los fármacos tenían efectos secundarios y acabaron dañándome el estómago. Con lo que me dieron más medicinas, ahora para proteger el estómago. Es decir, el cuento de nunca acabar. Sin embargo, con la medicina natural de Han esto no ocurrió. No tiene contraindicaciones, ni efectos secundarios. Al parecer su medicina cura y reacciona dependiendo de

cómo esté el cuerpo de la persona. Los resultados son muy buenos. En dos meses, gracias a mi fe y a Han, estuve curada". Esperanza recuerda, dolida, que cuando volvió al hospital público para explicar a los médicos el tratamiento que había seguido, lo conocieran y además confirmaran los resultados... éstos se negaron a hacerle las pruebas diagnósticas. Esperanza hoy imparte cursos de relajación y terapias de autoayuda porque está convencida de que la curación es más rápida después de prepararse mentalmente para el abordaje de la enfermedad.

EL MÉTODO HAN

"No es magia -nos diría sonriente Han Dong cuando nos entrevistamos en él-. La medicina natural tiene 5.000 años de historia y todas las sustancias que yo utilizo están en la tierra, en los árboles, en los minerales, en los animales e, incluso, en los insectos. Es una lástima pues que no exista una colaboración más estrecha, a todos los niveles, entre la medicina convencional y la natural para cercar al cáncer. No entiendo por qué los oncólogos no quieren escuchar".

Han Dong nos explicaría entonces que la base de su tratamiento se encuentra en el calor y en dos complementos elaborados con sustancias naturales. El primero de ellos consiste en una sencilla mezcla de semillas de algunas frutas comunes en Occidente y ciertos frutos del Amazonas, todas ellas ricas en vitamina B17, un producto alabado en el ámbito de la medicina alternativa que sin embargo provoca una dura controversia entre los miembros de la ortodoxia científica.

En cualquier caso, Dong mejora la acción de la vitamina B17 administrando un segundo producto que *"acelera el proceso de recuperación"* -afirma- y es el resultado de la licuación de diversas plantas coreanas, algunas de las cuales ni siquiera tienen nombre español y de las que el naturópata destaca por su eficacia el *Tomok* y el *Yon Za*. Un complejo herbal al que llama familiarmente "vitamina B18" aun sabiendo que no es tal. En cualquier caso, nos explicó que se trata de un complejo rico en gluconato de benzaldehído, sustancia también presente en la vitamina B17.

El proceso de ayuda a los enfermos de Han Dong está basado en su experiencia personal porque, tal y como entendían sus ancestros en Oriente, *"nada que no haya sido probado previamente en uno mismo debe ser aplicado en otros"*. Y Han Dong probó en sí mismo una y otra vez diversas sustancias naturales hasta elaborar un tratamiento que luego iría mejorando. De tal guisa obtendría la experiencia clínica actual que posee -y que sólo un necio despreciaría- y ya comparte con colegas de Estados Unidos, Alemania, Austria y, por supuesto, Corea.

EL CALOR

Aunque parezca increíble, Han Dong comienza localizando las células tumorales mediante un singular método que consiste en aplicar calor en la zona afectada usando un aparato patentado por él que permite la cocción de distintas plantas medicinales y hace que el vapor pase a través de un tubo de plástico que aplica directamente sobre la piel. Ello permite no sólo conseguir determinados efectos terapéuticos con el vapor medicinal -como el aumento de leucocitos o el tratamiento del dolor- sino hallar la localización exacta de las células tumorales. Y es que como la resistencia de las células cancerígenas al calor es menor que en las células sanas... se va dibujando sobre la piel un "mapa" más o menos extenso de manchas rojas que se corresponde con la zona donde hay células tumorales. El tamaño y la extensión de las manchas delimita pues la extensión de las células malignas. Este tratamiento debe seguirse durante varios días -depende de la resistencia progresiva del paciente al mismo- hasta que físicamente se revele, por su distinta coloración, el núcleo principal del tumor. Y así, de manera tan sencilla, Han Dong no sólo localiza dónde hay células cancerígenas sino que comienza de forma paralela el tratamiento ya que como las células cancerígenas son más sensibles al calor que las células sanas difícilmente sobreviven a una temperatura superior a los 42º.

La propia *American Cancer Society* reconoce las posibilidades del calor como terapia en la lucha contra el cáncer.

"Hay evidencias -puede leerse en uno de sus documentos- de que la terapia de calor local y general puede detener el crecimiento de los cánceres y aumentar la efectividad de radiación y quimioterapia en algunos casos. Parece trabajar aumentando el flujo de sangre y volviendo más sensibles al tratamiento convencional a las células cancerígenas".

Los defensores del uso del calor proclaman que actúa como una "fiebre" que ayuda al cuerpo a luchar contra la enfermedad, algo de lo que reniegan los médicos ortodoxos. Y eso que Dong los deja en evidencia cada vez que utiliza los rastros dejados por la especial sensibilidad de las células cancerígenas y su cambio de color para dibujar el mapa de situación de las mismas sobre el cuerpo humano. Por lo que en la revista sabemos el primer caso documentado de curación debido al "calor" en un caso de cáncer se dio en 1866. Según el médico alemán **M. Busch** a un paciente suyo le desapareció un sarcoma en el cuello después de experimentar fiebres altas. Más tarde, ya en 1893, el ginecólogo sueco **F. Westermarck** administró a una enferma con un tumor intrauterino bacterias tóxicas extraídas del *Streptococo* y del *Serratia marcescens* a fin de provocarla fiebre al mismo tiempo que la aplicaba calor mediante un recipiente

conteniendo agua caliente.

Como en tantas otras ocasiones las "evidencias científicas" de estos casos se consideraron "débiles" y fueron rechazadas. Lo que no impediría que siguieran utilizándose distintos métodos para elevar la temperatura de las células cancerosas, desde electrodos de radiofrecuencia a la perfusión o transfusiones de sangre previamente calentada a un determinado órgano afectado por el cáncer. De hecho, el *Instituto Nacional del Cáncer* en Estados Unidos está patrocinando actualmente tres ensayos en fase II que usan terapia de calor en todo el cuerpo en combinación con quimioterapia para tratar a los pacientes de melanoma avanzado. Y un estudio publicado en *Proceedings of the National Academy of Sciences* en noviembre del pasado año informaba de la investigación sobre un nuevo método para combatir el cáncer basado en nanopartículas calentadas e insertadas en el tumor. Según se explicaba, con la ayuda de un escáner se insertan en el tumor nanopartículas de un tamaño aproximado de 110 nanómetros (110.000 millonésimas de metro) fabricadas de sílice y recubiertas de oro. A continuación se irradia luz sobre la piel que recubre la zona afectada, las ondas infrarrojas atraviesan la dermis y calientan las partículas generando -en unos cuatro a seis minutos- la temperatura suficiente como para dañar las células cancerígenas y lograr que el tumor no siga creciendo.

Otro ejemplo de tratamiento eficaz contra el cáncer es la utilización de la Hipertermia que producen los aparatos de la empresa *Indiba*, completamente distinta de la obtenida por otros métodos y aparatos ya que logran aumentar la temperatura de la zona sin que haya aumento de calor. Se trata de sofisticados aparatos que transforman una energía fría de alta frecuencia relativa (0,5 Mgh) en un aumento de temperatura interna que no quema. (vea lo publicado sobre ello nuestra web: www.dsalud.com).

Obviamente lo que hace Dong está lejos de tan alta tecnología. Representa la manera ancestral de contemplar la salud y el uso del calor contra el cáncer. Y, sin embargo, aporta un novedoso punto de vista: *"Todos los cánceres -afirma- se originan en la zona exterior del organismo para evitar el calor interior. Las células cancerígenas tienden a migrar hacia las zonas más frías del organismo. Por eso el corazón y el intestino delgado, órganos calientes, nunca presentan cáncer. Añadiré además que la mayoría de los enfermos de cáncer son frioleros y que el estado de los mismos empeora durante las estaciones frías. Ello se debe a que el frío propicia un crecimiento rápido del cáncer. Las células tumorales buscan siempre estar lo más cerca posible del exterior por lo que la aplicación externa de calor delata su presencia al enrojecerse más que las células sanas, algo que nos permite obtener una visión certera de la extensión del mal"*.

LAS SEMILLAS DE ALBARICOQUE

Cuando en el propio cuerpo del paciente se ha dibujado el mapa de su mal con la localización del núcleo central del tumor comienza la siguiente fase del tratamiento. A partir de ese momento se comienzan a aplicar diariamente las dos sustancias señaladas anteriormente en la zona del núcleo. La primera de ellas elaborada a partir de semillas ricas en vitamina B17 como las de los albaricoques, melocotones, manzanas y uvas así como en las almendras amargas y ciertos frutos del Amazonas. Y la segunda, a partir de plantas coreanas. *"Ambas producen la muerte de las raíces del tejido canceroso -afirma Han- que poco a poco es expulsado del organismo en forma de pus. Luego, una vez expulsadas las células cancerosas destruidas, las heridas se cierran solas al igual que ocurre con cualquier absceso. Debo agregar que ambas sustancias destruyen exclusivamente las células cancerosas sin dañar en ningún caso las sanas. Y además se trata de un tratamiento que carece de efectos secundarios".*

Llegados a este punto es importante recordar que los abscesos se forman generalmente en nuestro organismo por la acción de los neutrófilos (un determinado tipo de glóbulo blanco) estando delimitados por unas cápsulas que los aíslan formadas por tejidos, colágeno, vasos sanguíneos... y neutrófilos. Absceso que desaparece cuando el pus es expulsado al exterior, momento en el cual evoluciona hacia la cicatrización, tal y como sostiene Han y puede verse en las fotos.

Y, por cierto, esto nos recuerda que según un estudio dirigido por el investigador español **Antonio Bru** del que informamos en *Discovery DSALUD* en el número anterior los neutrófilos pueden ser clave en la lucha contra el cáncer al ser capaces -según afirma el investigador español- de impedir el crecimiento tumoral al aumentar significativamente su número mediante el adecuado estímulo del sistema inmune. Así se constató al menos en ratones en un trabajo realizado por el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de España en colaboración con el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Hablaremos de ello en profundidad el próximo mes.

La verdad es que resulta impresionante contemplar cómo el tejido canceroso tratado con el método de Han Dong presenta toda la apariencia de una gran infección -eso sí, sin que se produzcan los síntomas físicos limitativos de la misma- hasta que de repente, a través de un poro o de un absceso -de tamaño variable- comienza a expulsarse pus y, a veces, hasta los restos sólidos del propio tumor. Nadie mejor que quienes han vivido la experiencia del tratamiento para recordarlo. *"Comenzaron a aplicarme el producto en el tumor -afirma Lourdes-, es decir, en la lengua, y además tomaba unas*

pastillas. A la semana noté ya una mejoría notable y comencé a comer y a hablar mucho mejor. El tratamiento era diario. Luego, al mes y medio más o menos, se empezaron a poner negros algunos trozos de lengua que luego se caían. Eso, para Han, quería decir que el tumor se estaba muriendo. Y así fue, como se puede comprobar. Empecé el tratamiento en noviembre de 1993 y en febrero de 1994 me hicieron un escáner cuyo resultado dice: 'Exploración que no muestra en el momento actual restos tumorales y/o adenopatías metastásicas'".

Puede parecer mentira, a la vista de las fotos, que el proceso no vaya acompañado de altas fiebres pero así es. "Por supuesto, era incómodo y un poco doloroso -recuerda Esperanza-. Dong provocó una úlcera artificial por donde empezó a salir toda la materia mala y pus.

Transcurridos dos meses justos desde el inicio del tratamiento salió todo el núcleo del tumor dejando un gran agujero. Y ese agujero, lo mismo que se abrió solo, se cerró solo".

Después sólo queda seguir tratando los efectos secundarios producidos por el cáncer -o por los tratamientos convencionales- con las técnicas milenarias de la tradición oriental, desde la Acupuntura a la Fitoterapia. "Son numerosos los pacientes sometidos a tratamientos de quimio o radioterapia -nos diría Han- que han acudido a mi para que les evitara los conocidos efectos secundarios. Y he aceptado siempre esas peticiones por lo que he podido constatar muchas veces el éxito de mi tratamiento. De hecho, prácticamente ninguno de los pacientes tratados presentaron los temibles efectos secundarios de los tratamientos convencionales".

*Las evidencias clínicas son incontestables. Por eso Han Dong escribió comunicando el éxito de su terapia en casos de cáncer a la Casa Real, al Presidente del Gobierno, al Ministerio de Sanidad y al director del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, **Mariano Barbacid**, tratando de buscar las ayudas necesarias para conseguir la validación científica de su tratamiento. Como respuesta tuvo sólo un encuentro con un responsable del Ministerio de Sanidad al que los testimonios de los pacientes no debieron impresionarle lo suficiente como para hacer algo. Eso y una carta de Barbacid en la que éste le dice que será posible la colaboración con el Programa de Terapias Experimentales "siempre que ustedes nos proporcionen una documentación basada en publicaciones científicas de relevancia internacional". Una forma "elegante" de decir NO o de no enterarse que precisamente eso es lo que pedía Han: la posibilidad de, a la vista de los resultados conseguidos con pacientes desesperados, avanzar en la investigación científica. En suma, Han tiene la evidencia clínica pero no la "documentación científica" que avale lo que hace. En cambio, nuestro "ultramoderno" centro de investigación tiene una abundantísima documentación científica... que no ha servido para curar un solo caso*

de cáncer.

La experiencia esta ahí. Los pacientes también. Por tanto, argüir que el tratamiento carece de "base científica" porque no hay ensayos protocolizados es una falacia: no los hay porque quienes los pueden realizar no quieren afrontarlos. Esa es la dura verdad.

LA POLÉMICA VITAMINA B17

Pero continuemos... Una vez localizado el núcleo del tumor mediante calor, Han Dong aplica la sustancia elaborada con semillas ricas en vitamina B17 -también se la conoce como *amigdalina* y como *laetril*-, sustancia químicamente compuesta por dos moléculas de azúcar, una de benzaldehído y otra de cianuro que, de forma natural, se encuentra en las semillas de los albaricoques, los melocotones, las uvas, las cerezas y las manzanas así como en las almendras amargas, en las hojas del laurel cerezo y en las pepitas de otros frutos tropicales (se encuentra asimismo, en mayor o menor proporción, en más de 1.200 plantas).

Ya en la década de los 20 del pasado siglo XX los investigadores **Robert McCarrison** y **John Dark** comprobaron que había una población donde el cáncer era desconocido, los hunza, que vivían en la falda de una colina de la localidad paquistaní de Kashmir cercana al Himalaya. Su población contaba además con un alto promedio de personas mayores de 100 años. Así que decidieron examinar sus costumbres y descubrieron que la ingesta de semillas de albaricoque era algo común entre ellos y que además cocinaban con el aceite de esas semillas. Luego constatarían que muchas otras frutas de las que consumían eran ricas en lo que hoy conocemos como vitamina B17. Estudios posteriores publicados por el especialista británico **Richard MacKarness** reforzaron la importancia de la vitamina B17.

MacKarness había decidido investigar si, como algunos científicos mantenían, la ingesta de carne era realmente tan poco saludable en todos los casos. Y para ello estudió las costumbres alimenticias tradicionales de los esquimales y de los indios de Norteamérica ya que en sus ambientes naturales ambos grupos son principalmente carnívoros alimentándose de animales salvajes -como el alce y el caribú- si bien complementan su alimentación con bayas salvajes o pescado cuando están disponibles. Pues bien, la conclusión principal expuesta por MacKarness en su libro *"Comen grasa y crecen delgados"* es que en esos pueblos no existe la obesidad. Y lo más importante: ni los esquimales ni los indios que viven en sus ambientes naturales y comen sus comidas tradicionales han tenido nunca cáncer o padecido enfermedades del corazón. Exactamente igual que los *hunza* del Himalaya. A pesar de que los esquimales y los indios norteamericanos son carnívoros en lugar de vegetarianos. ¿Y cuál era el factor común

más probable? Pues precisamente la vitamina B17. Resulta que el caribú, por ejemplo, contiene 15.000 mg. por kilo de nitriloside, fuente primaria de B17. Y otras comidas comunes a todos esos pueblos contienen también grandes cantidades de la misma vitamina. Esa es la razón de que comenzara a utilizarse como anticancerígeno en la década de los 50. De hecho, más de 70.000 personas fueron tratadas con esa vitamina en Estados Unidos en la década de los 70 tanto en monoterapia como en combinación con un programa de la llamada Terapia Metabólica que no es sino una dieta especial que se complementa con altas dosis de vitaminas y enzimas pancreáticas. Su fama aumentaría luego notablemente al ser respaldada su eficacia por numerosos estudios científicos. Hasta que, de improviso, comenzaron a aparecer otros estudios -duramente criticados por su falta de rigor- que desvirtuaron todas sus posibilidades terapéuticas y, paralelamente, empezaron a circular historias sobre "muertes por envenenamiento". Algo que llevaría a intervenir a la FDA argumentando que como "no había pruebas concluyentes" sobre su tratamiento médico. ¿La excusa? Que el contenido de cianuro de las semillas podía ser la que confiriera a la sustancia su presunto carácter tóxico.

Obviamente, fueron muchos los investigadores que denunciaron inmediatamente que detrás de esa prohibición sólo se ocultaba -una vez más- la defensa de los intereses de las multinacionales ya que se trata de un producto anticancerígeno no patentable al proceder de semillas naturales. Y apareció también la intimidación. Uno de los casos más conocidos fue la persecución llevada a cabo en California contra el doctor **John A. Richardson**, que él mismo recogería en su libro *"Laetrile Case Histories: The Richardson Cancer Clinic Experience"* (Bantam Books 1977).

Resulta que Richardson había usado por primera vez la vitamina B17 con la hermana de una de sus enfermeras que padecía un melanoma maligno avanzado en el brazo y a la que habían dado 6 semanas de vida (algo más si se decidía por la amputación). *"Le administramos amigdalina (vitamina B17) casi inmediatamente -escribe Richardson- y las lesiones empezaron a sanar. Al punto de que a los 2 meses el brazo había vuelto a la normalidad"*. Como era de esperar, su pequeña clínica se convirtió en el lugar más concurrido del barrio... hasta el 2 de junio de 1972. Porque ese día, según puede leerse en el libro, *"iDiez agentes uniformados con armas irrumpieron en la clínica, empujaron al doctor contra la pared y comenzaron a registrar todo! Después, las 'cámaras de televisión invitadas' pasaron y 2 enfermeras fueron detenidas. La niña pequeña que estaba tratándose en aquel momento tuvo que ser enviada a casa y murió 3 días después. Queda la duda en mi mente de si esa muerte podría haberse pospuesto o*

incluso haberse evitado si no hubiera sido por el registro."

¿Le suena este tipo de actuación, amigo lector?

También usaron la mentira. Según escribió en *Aces Magazine* (1978) el doctor **Harold Manner**, tras una conferencia suya en el estado de Nueva York sobre la eficacia del *Laetrile* -nombre de un fármaco registrado que contenía *laetril*- un hombre se puso de pie y le dijo: "*Dr. Manner, ¿cómo puede usted hacer afirmaciones como esas cuando la FDA está diciendo lo contrario?*". Manner recuerda en el artículo que le contestó que las afirmaciones de la FDA eran mentira a lo que su interlocutor replicó haciendo referencia a la foto de una pequeña: "*Mire a esta muchacha -dijo-. Tomó las pastillas de Laetrile de su padre y murió envenenada por el cianuro*". Cuenta Manner que entonces una señora se puso de pie y le pidió permiso para contestar a la pregunta. "*Dr. Manner, ¿me permite responder a mi a la pregunta? Creo que estoy capacitada para ello porque soy la madre de esa niña. Ella nunca tocó las pastillas de Laetrile de su padre. Lo que ocurrió fue que el doctor que la atendió, al saber que su padre tomaba Laetrile, escribió: 'Posible envenenamiento por cianuro'. Así que en el hospital usaron un antídoto contra el cianuro... y eso fue lo que la mató*". Sin embargo, aquella falsa atribución de la muerte de la niña al uso del *Laetrile* siguió apareciendo y se convirtió en una más de las leyendas negras que condujeron a su enterramiento... que no ilegalización porque el hecho de que la FDA la haya prohibido como fármaco no la convierte en ilegal en Estados Unidos. Y es que afortunadamente el apoyo a la vitamina B17 no desaparecería porque no toda la comunidad científica se calló ante tamaño atropello. **Dean Buró** -cuya lista de menciones, honores y premios por sus trabajos bioquímicos y de investigación contra el cáncer debería hacer palidecer a quienes se limitan a leer la literatura oficial-, jefe del Departamento de Hidroquímica del *Instituto Nacional del Cáncer* en Estados Unidos durante más de 17 años, tras analizar detenidamente el acta sobre la vitamina B17 de la FDA, declararía que, atendiendo al conocimiento científico acumulado sobre ella, "*debía ser científicamente considerada un nutriente, una vitamina*" y no un fármaco. Añadiendo incluso que era "*mejor que cualquier otra solución utilizada para el cáncer*" hasta el punto de que sería lo único que él utilizaría si algún día tuviera que afrontar esa enfermedad. También denunciaría lo ocurrido **Ralph Moss**, actualmente uno de los mayores defensores de las terapias alternativas contra el cáncer. Moss fue despedido en 1977 de su cargo de Jefe de Relaciones Públicas del *Sloan Memorial Kettering Institute* -considerado uno de los centros de referencia en la investigación contra el cáncer y cuyos estudios sirvieron para intentar enterrar el *Laetrile*- "*por no cumplir -afirma él mismo- con la más básica responsabilidad en el trabajo: mentir cuando tu jefe te lo dice*". Moss

declaró sobre las investigaciones realizadas con el *Laetrile*:

"Básicamente los resultados estaban siendo positivos pero nosotros, en público, estuvimos diciendo que eran negativos. Y así durante 3 años."

Otro de los científicos que decidió no guardar silencio fue **Kanematsu Sugiura**, uno de los investigadores más respetados en su época a nivel mundial hasta el punto de que el Dr. **Chester Stock**, director del Departamento de Investigación del *Sloan Memorial Kettering Institute*, llegó a escribir de él: *"Posiblemente la alta consideración que su trabajo merece como mejor se resume es con un comentario que me hizo un investigador ruso sobre el cáncer. Me dijo: 'Cuando Sugiura publica, nosotros sabemos que no tenemos que repetir el estudio porque obtendríamos los mismos resultados que él'".* Pues bien, el doctor Sugiura supo estar a la altura de su prestigio. El 15 de junio de 1977 el *Sloan Memorial Kettering Institute* convocó una rueda de prensa -a la que acudieron más de 150 periodistas y una docena de cadenas de televisión- para dar a conocer el veredicto del centro sobre el *Laetrile*. Iniciado el acto, tomaría la palabra el doctor **Robert Good** quien, después de realizar unos comentarios generales de descalificación del *Laetrile*, pasaría el micrófono al doctor Chester Stock. Éste lo tomó y, sin dar la oportunidad de hablar a Sugiura, presente en la mesa, dijo ante la prensa: *"No se ha encontrado en el Laetrile ningún efecto preventivo, ni capaz de retrasar el crecimiento tumoral, ni antimetastático, ni ninguna actividad curativa anticancerígena. No nos queda nada más que cerrar el libro del Laetrile"*. Entonces, inesperadamente, un periodista gritó: *"Doctor Kenamatsu, ¿sigue usted sosteniendo su creencia de que el Laetrile detiene el crecimiento del cáncer?"*. Y tras un silencio que les debió resultar eterno tanto a los periodistas como a los médicos parapetados tras la mesa que presidía el acto, el doctor Sugiura, con calma y mirando a los ojos del periodista, contestó: *"Lo sigo sosteniendo"*. Lo afirmaba el investigador sobre cáncer más preeminente de Estados Unidos y probablemente del mundo en ese momento. A partir de aquel día muchos trataron de encerrarle en el anonimato pero sus conclusiones perduran. Y éstas son que la vitamina B17 :

- 1) Inhibe el crecimiento de tumores.**
- 2) Ha demostrado en ratones evitar las metástasis.**
- 3) Disminuye el dolor.**
- 4) Previene el cáncer; y,**
- 5) Mejora la salud general.**

Las mismas propiedades de las que se vienen beneficiando las personas que siguen el tratamiento de Han Dong desde hace años.

ACCIÓN ANTICANCERÍGENA

Cabe agregar que, según sus defensores, el efecto positivo de la vitamina B17 sobre las células tumorales puede deberse a distintas causas. En todo caso, su efectividad se achaca fundamentalmente a la acción del cianuro en la célula maligna. Y es que la vitamina B17 elimina las células cancerosas sin afectar a las sanas debido a la acción de dos enzimas: la *beta-glucosidasa* y la *rodanasa*. Según los científicos -algo que los detractores de esta vitamina niegan- la primera se encarga de liberar la molécula natural del cianuro de la vitamina en las células mientras la segunda se encarga de neutralizar su efecto tóxico convirtiéndola en *thiocianato*. Y así sucede en las células sanas. Sin embargo, en las células cancerosas no existe la enzima *rodanasa* y, en consecuencia, el cianuro la destruye al eliminar el oxígeno de su interior. Tal es la razón de que sea inocua para las células sanas y mortal para las cancerosas.

Existe en cualquier caso una segunda explicación sobre la actividad anticancerígena de esa vitamina que va más allá de su interferencia en la utilización de oxígeno por las células. Según esta teoría el cianuro aumenta el volumen ácido de los tumores lo que provoca la destrucción de las membranas de los lisosomas (compartimentos del interior de las células que contienen enzimas capaces de digerir otras moléculas y que si son liberadas son capaces de destruir la propia célula). Destrucción de las membranas que lleva a los lisosomas afectados a liberar las enzimas que contienen y, como consecuencia, las células cancerígenas mueren. Otra forma de provocar la ruptura del lisosoma es estimular el sistema inmune.

Cabe añadir que al parecer también el benzaldehído presente en la amigdalina o vitamina B17 tiene propiedades anticancerígenas. Tanto en 1985 el doctor **M. Kochi** como en 1990 el doctor **Tatsumura** presentaron ya significativos resultados sobre las posibilidades de esta sustancia en el tratamiento antitumoral.

UNOS TANTO Y OTROS TAN POCO

Claro que mientras la B17/laetril/agmidalina es vilipendiada y los terapeutas que la utilizan son ignorados -cuando no perseguidos- las grandes multinacionales investigan sobre ella. Hace ahora algo más de dos años el editor científico del diario británico *Independent* se hacía eco en estos términos de una investigación hoy todavía abierta y en desarrollo: "*Balas mágicas de cianuro matarán las células cancerígenas*". La información comenzaba así: "*Los pacientes del cáncer del futuro serán tratados con una poderosa 'bala mágica' que atacará los tumores con un cóctel de cianuro derivado de la yuca*". La investigación, llevada a cabo en el *Imperial College* de Londres y

dirigida por el doctor **Mahendra Deonarain** en fase II, pretende -se explicaba- desarrollar un medicamento a partir de la técnica usada por algunas plantas que liberan cianuro para defenderse del ataque de algunos insectos. La planta de la yuca -también conocida como mandioca-, el almendro y la hortensia poseen una enzima que produce cianuro cuando entra en contacto con una determinada molécula de azúcar. Normalmente las plantas almacenan separadas la enzima y el azúcar, y sólo las juntan cuando una plaga les ataca. Pues bien, los científicos del *Imperial College* han aislado la enzima y lo que tratan ahora es de unirla a un anticuerpo que permita, inyectándola en el organismo, hacerla llegar hasta el tumor. Entonces se introduciría un segundo medicamento conteniendo el azúcar a fin de que reaccione con la enzima para liberar el cianuro cerca del tumor y eliminar así las células cancerígenas. El doctor Mahendra Deonarain afirmaría que el sistema sería tan específico que sólo los tumores designados se expondrían al cianuro. Cabe añadir que en las pruebas realizadas en laboratorio con células procedentes de cáncer de vejiga se constató que mientras se destruyen las cancerígenas... las sanas no resultan afectadas.

Es decir, el punto de partida de esta investigación es hacer llegar a la zona del tumor el cianuro natural de algunos frutos porque no resulta tóxico para las células sanas pero es mortal para las células cancerígenas. Lo que nos deja perplejos. Pero, ¿no decía la FDA que todo eso carece de sentido? Claro que todo se explica cuando se averigua que quien está desarrollando este proyecto es la compañía biotecnológica británica *Antisoma*, aliada al grupo farmacéutico *Roche*. Y que en el momento del acuerdo entre ambas compañías -suscrito en noviembre del 2002- se calculara ya en 500 millones de dólares los ingresos que podrían producir los nuevos medicamentos oncológicos en estudio... entre ellos el mencionado.

Lo de siempre: cuando no se puede patentar el producto se retira alegando peligrosidad y se patenta el "procedimiento". Y si mientras mueren millones de personas, qué le vamos a hacer...

NO SIEMPRE EL VENENO MATA

Debemos agregar que el uso de sustancias tóxicas -como los venenos de serpientes y arácnidos- en el tratamiento de enfermedades es consustancial a la medicina tradicional y ocupaba un lugar preeminente en muchos lugares y civilizaciones... hasta la imposición de la cultura del medicamento. Hace décadas, por ejemplo, que la Homeopatía los tiene incluidos en su arsenal terapéutico. Y son muchos los laboratorios y centros que actualmente investigan todas sus posibilidades.

En abril del 2002 la revista *Clinical Cancer Research* -órgano oficial del

American College of Clinical Cancer Research de Estados Unidos- publicó por ejemplo los resultados de una investigación realizada a finales de los años 90 en Paraná (Argentina) sobre los efectos de la crotoxina -veneno extraído del crótalo- en la cura del cáncer. Y en sus conclusiones se especifica que la droga demostró estadísticamente en casi el 80% de los pacientes oncológicos tratados experimentalmente una disminución o desaparición de los dolores así como un mayor bienestar general de los pacientes. La revista norteamericana sometió el trabajo de los científicos argentinos a una evaluación en la que, debido a la especificidad del tema, participaron también como consultores investigadores del Laboratorio de Investigaciones del *Massachusetts General Hospital de Boston* (perteneciente a la Universidad de Harvard). Pues bien, tras un detallado análisis la revista decidió publicar el trabajo con el título "*Fase I. Estudio farmacocinético de la crotoxina en pacientes con cáncer avanzado*". Curiosamente, la investigación fue suspendida por "falta de fondos". Y una vez más, en un paralelismo que ya no debería pasarnos por alto porque ¿cuántas veces faltan fondos públicos para una determinada investigación... precisamente cuando grandes laboratorios farmacéuticos se afanan en investigaciones similares en otras partes del mundo?

A ningún investigador mínimamente preparado se le escapa que el veneno de las serpientes es una enorme fuente de enzimas y proteínas cuyo análisis aun no está completo; y claro está, a ningún laboratorio. De hecho, algunos -como la empresa farmacéutica suiza *Pentapharm*- están volcados en la obtención de esas proteínas y enzimas. Así, desde 1975 trabaja en Brasil donde en 1981 instaló en Uberlandia (Minas Gerais) el mayor serpentario del mundo con unas 10.000 víboras (*Bothrops moojeni*). Reptiles de los que los expertos de la empresa extraen una albúmina que hoy se emplea para tratar las trombosis y como calmante en casos de hemorragias. Bueno, pues según sus propios técnicos el veneno de esas serpientes contiene otras 200 sustancias terapéuticamente interesantes.

Es más, según una información publicada por la agencia suiza *Swissinfo* el pasado 27 de febrero, uno de sus investigadores -**Michael Janssen**- ha informado que la firma está preparando un medicamento que podría eliminar las metástasis cancerígenas ya que ciertos componentes del veneno evitan la formación de nuevas vías sanguíneas necesarias para la proliferación de las células cancerosas. No parece que la aparente toxicidad sea en esta ocasión una barrera insalvable.

LA SOLITARIA LUCHA DE HAN DONG

Obviamente, Han Dong permanece al margen de todo esto. De las

batallas legales, de los movimientos de los grandes laboratorios por crear artificialmente lo que otros obtienen directamente de la naturaleza... Sólo le interesa el bienestar de sus pacientes y para ello viaja por todo el mundo a fin de buscar las semillas con las que se elaboran los productos que usa y poder seguir atendiendo las peticiones de ayuda que recibe. Esperando obtener algún día -ingenuamente, a nuestro juicio- respuesta a su petición de apoyo institucional. Y eso que su propuesta a las autoridades es sencilla: buscar en los hospitales públicos enfermos de cáncer que deseen someterse voluntariamente a su tratamiento tras explicarles previamente todo el proceso. Demostrar, antes de iniciarlo, que no hay peligro alguno para lo que Han Dong se ofrece a tomar cada día el triple de la cantidad del producto que tomen los pacientes. Luego basta que la Administración designe a los profesionales que sigan el ensayo y certifiquen los resultados.

El Gobierno del Partido Popular no le hizo ningún caso. En sus manos tiene pues la Administración socialista, si busca de verdad el beneficio social y la reducción de los gastos farmacéuticos, abrir nuevas vías que se apoyen también en la evidencia clínica y no sólo en "trabajos científicos" sin resultado real práctico alguno. Pero si -como pensamos- existe un poder que claramente trasciende las ideologías políticas y condiciona en todo el mundo cualquier decisión en el ámbito de la salud... ni Han Dong ni otros como él verán cumplir su sueño. Aunque millones de personas sigan muriendo por esa causa cada año.

(XXVI) ANTONIO BRÚ: "BASTARÍA POTENCIAR EL SISTEMA INMUNE PARA SUPERAR EL CÁNCER"



Un equipo de científicos coordinado por el investigador español Antonio Brú, miembro del Centro de Ciencias Medioambientales -perteneciente al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)- acaba de demostrar en un experimento hecho en colaboración con investigadores del Hospital Clínico San Carlos de Madrid que basta administrar durante unos meses un potenciador del sistema inmune que induzca en el

cuerpo la generación de neutrófilos para impedir el crecimiento de tumores cancerígenos. Se trata del mismo equipo que ahora hace un año aseguró haber descubierto que el mecanismo responsable del crecimiento tumoral es idéntico en todos los tipos de cáncer lo que contradice la actual creencia de que cada tumor exige una terapia específica.

Pensábamos que a estas alturas del año en la puerta del pequeño despacho de **Antonio Brú** en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) estarían guardando respetuoso turno para hablar con él las grandes luminarias de la oncología nacional con **Mariano Barbacid** a la cabeza, numerosos investigadores y médicos, las autoridades académicas que en las universidades difunden las teorías ortodoxas sobre el cáncer, los responsables del Ministerio de Sanidad y Consumo, los nuevos dirigentes del CSIC, los representantes de las asociaciones de lucha contra el cáncer y los periodistas sanitarios de los principales medios de comunicación. Unos para informarse más ampliamente de su descubrimiento y alguno incluso para aportar financiación con la que apoyar lo que se vislumbra como uno de los descubrimientos científicos más importantes realizados sobre el cáncer a nivel mundial en las últimas décadas. Descubrimiento que en realidad es doble. Porque lo que el equipo de Antonio Brú afirma haber descubierto es que todos los tumores cancerígenos crecen siempre de la misma manera -con independencia del órgano en el que lo hagan- siguiendo un mecanismo común previsible y que todos los cánceres se vencen "simplemente" potenciando el sistema inmune del paciente. Algo que obliga a replantearse urgentemente -una vez más- los actuales tratamientos con quimioterapia y radioterapia. Y hablamos de una investigación bien documentada y publicada ya en algunas de las revistas científicas más prestigiosas del mundo. Claro que si viviéramos en un país en el que nuestros representantes políticos y la jerarquía sanitaria dominante tuvieran realmente luces para comprender lo que ocurre en el ámbito de la salud y no estuvieran tan condicionados por los intereses económicos y determinadas creencias religiosas **Bernat Soria**, impulsor en España de la investigación sobre células madre, no hubiera tenido que afirmar con tristeza en un aeropuerto camino de Singapur *"¡Es curiosa la capacidad que tiene España para decapitar sus propios proyectos!"*

ASÍ NOS VA

Eso explica también que Antonio Brú siga esperando a que alguien se interese de verdad en su propio país por lo descubierto. Porque en el extranjero lo tienen bastante más claro y ya han entrado en contacto con él numerosos investigadores a título personal, miembros del

instituto Max Planck de Leipzig, de la Academia de Ciencias de Moscú, de la Facultad de Medicina de Houston y de varias universidades e instituciones científicas europeas, norteamericanas, israelíes y sudamericanas.

Claro que el trabajo desarrollado por Brú y su equipo es un buen ejemplo del funcionamiento de la investigación en nuestro país donde los fondos los suelen tener unos y los resultados otros. Además Antonio Brú, de 42 años, es físico, no médico, farmacéutico, biólogo u oncólogo. Y eso en un país donde la mayoría de los oncólogos se caracteriza por su ignorancia en el ámbito del cáncer -en la mayoría de los casos no tienen éxito con sus terapias, algo que ocultan con prepotencia y soberbia- no se perdona y muchos, en lugar de valorar sus descubrimientos en el ámbito científico se limitan a observarle con desdén con la simple alegación de que es un "intruso" en su terreno. Obviamente también a nosotros nos sorprendió que un físico se hubiera dedicado a estudiar el problema del cáncer y se lo hicimos saber. Fue así como nos enteraríamos de que la razón de su interés se inició con la muerte de su abuela por un tumor hace ahora once años, cuando al informarse de la enfermedad se sorprendió de lo poco que se había avanzado en este campo. Y fue así como supimos también que su decisión de impulsar la investigación desde una óptica multidisciplinar incorporando los conocimientos de la Física y la Biología a los de la Medicina tuvo que costearla ide su propio bolsillo! Es decir, los descubrimientos de Antonio Brú y de su equipo de colaboradores son personales y no sólo son ajenos al trabajo que desarrolla en el CSIC sino que este organismo no ha aportado jamás un euro ni ayuda de ningún tipo.

De hecho, para salir adelante y costear el proyecto Brú se dedicó -desde 1993- a trabajar dieciséis horas al día -sus investigaciones sobre cáncer las desarrollaba cuando salía del instituto-, sin poder descansar siquiera los fines de semana y sin tomarse apenas vacaciones. Y encima esquivando las zancadillas que le pusieron quienes pretendieron apartarle de su objetivo cuando se enteraron de lo que estaba haciendo y sobreviviendo a las traiciones propias que suelen sufrir quienes navegan en solitario.

Para la historia queda la nota de respuesta que le remitió el anterior director del CSIC cuando Brú le informó de sus descubrimientos y pidió ayuda económica para publicar los pormenores de su descubrimiento en una de las revistas más importantes del mundo. Y es que, como ya hemos explicado a nuestros lectores en su momento, algunas de esas revistas científicas cobran a los autores por publicar sus trabajos. ¡Por página publicada! Obviamente Brú no quería publicar un extracto de su trabajo sino las conclusiones del estudio completas a fin de que el mismo pudiera valorarse en su justa medida. Pues bien, ¿sabe el lector

qué se le respondió? ¡Que aprendiera a escribir en menos páginas!
"Los millones que ha costado este proyecto -nos diría- los he pagado de mi bolsillo. Y no es que tenga un gran sueldo. No he recibido un solo euro oficial. Añadiré que si hemos tardado cuatro años en publicar nuestra tesis es porque hubo mucha resistencia ya que lo que afirmamos es en cierto modo difícil de aceptar para muchos pues partimos de conocimientos propios de la Física y, claro, cuesta creer que desde el conocimiento de ecuaciones que explican el comportamiento de sólidos haya podido llegar a explicarse el crecimiento tumoral y se haya llegado a consecuencias clínicas y biológicas tan claras".

En suma, fue volviendo a endeudarse como Brú pudo publicar su investigación. Afortunadamente, su esfuerzo y el de su equipo tienen hoy el reconocimiento internacional.

Cabe añadir que Brú intentó en varias ocasiones que el CSIC amparara su investigación sin conseguirlo. A pesar de lo cual el centro difundió un comunicado arrogándose un mérito que no le corresponde. *"Un estudio del CSIC -decía la nota de prensa- logra frenar el crecimiento tumoral en ratones mediante el estímulo de la respuesta inmunológica". Y añadía: "El hallazgo demuestra que la respuesta inmunológica del propio organismo podría lograr detener el crecimiento tumoral"*. A pesar de lo cual, a día de hoy tales resultados no han despertado ningún interés en las autoridades del CSIC.

Veremos pues si los largos y costosos estudios que se precisan ahora para completar la investigación serán o no sufragados por el Estado. Por supuesto, nos gustaría equivocarnos pero dudamos mucho que Brú encuentre apoyo a nivel oficial. El poder de las farmacéuticas en la Administración sanitaria es enorme. Y la incomprensión por los oncólogos de lo que afirma, constatable.

LAS MATEMÁTICAS DEL CÁNCER

Y es que a los especialistas en cáncer lo que probablemente más les ha sorprendido de la investigación de Brú -porque choca con lo que les han enseñado- es saber que el crecimiento tumoral no es aleatorio ni caprichoso sino que está sometido a un proceso que puede formularse matemáticamente ya que los tumores pueden considerarse fractales (estructuras geométricas que permiten describir procesos que aparentemente son impredecibles pero que tienen un orden oculto). Y eso que desde la formulación de la Geometría Fractal -en la década de los ochenta del pasado siglo- los científicos han desarrollado un gran número de modelos fractales para tratar de entender los fenómenos naturales, desde dendritas de neuronas hasta capilares pulmonares pasando por conchas marinas, copos de nieve, árboles, tormentas eléctricas... y, ahora, los tumores cancerígenos. Porque fue esta

sorprendente relación entre la geometría fractal -con sus fórmulas matemáticas- y el cáncer el inicio del descubrimiento de Brú y de lo que puede anticiparse como una nueva etapa en el tratamiento del cáncer.

-¿Cómo se le ocurrió abordar el estudio del cáncer desde la perspectiva de la Física?

-En 1993 yo me dedicaba a estudiar los frentes de hidratación en formaciones arcillosas. Trabajaba en el proyecto español de almacenamiento de residuos radiactivos de alta actividad cuya idea era rodear los contenedores con una capa de arcilla a fin de evitar que el agua del macizo geológico donde fueran a ser enterrados pudiera llegar hasta el interior a través de alguna fisura, contaminarla y, por ende, se contaminara el entorno. Yo estudiaba el comportamiento de las arcillas desde la geometría fractal y el análisis de escalas que es uno de los campos de la Física Estadística que ha experimentado mayor desarrollo en los últimos 15 años. Bueno, pues resulta que en aquellos procesos en los que el contorno de crecimiento es rugoso pueden aplicarse una serie de fórmulas para conocer la dinámica y los mecanismos fundamentales de su avance o crecimiento. Y yo estaba aplicando esos conocimientos a las arcillas cuando en 1993 mi abuela falleció a consecuencia de un cáncer. Fue entonces cuando me planteé conocer cómo tenía lugar el crecimiento de un tumor y me encontré con que no se sabía prácticamente nada. Y sería esa falta de conocimientos lo que me decidió a iniciar de manera privada, junto a mi hermana **Isabel** -en aquel entonces médico del *Hospital Nuestra Señora del Prado* de Talavera y actualmente del Centro de Salud de la Seguridad Social La Estación de Talavera de la Reina- y la doctora **Isabel Fernaud** -del *Instituto Ramón y Cajal*, dependiente del CSIC- la investigación del mecanismo de crecimiento tumoral. A finales de 1998 publicamos ya los primeros resultados obtenidos sobre una línea celular de tumor cerebral en ratas -concretamente de la línea celular tumoral C6 de astrocitoma de rata- en una de las revistas internacionales más importantes de Física: *Physical Review Letters*. Con posterioridad, en enero de 1999, *The Lancet* publicó nuestro trabajo. Y me enorgullece decir que fue la primera vez que apareció en esa revista un artículo sobre cáncer elaborado desde la óptica de la Física porque implicaba el reconocimiento de que habíamos abierto una nueva línea de trabajo a nivel mundial en el estudio del crecimiento de tumores. Bueno, pues lo que nosotros planteamos entonces y hemos confirmado posteriormente es que la naturaleza fractal de los contornos de los tumores permite usar el análisis matemático para determinar la dinámica de crecimiento de un tumor; permitiendo, a su vez, la caracterización de los principales mecanismos físicos responsables de su crecimiento.

Luego, tras los primeros resultados, decidimos intentar hacer una clasificación dinámica de los distintos tipos de cáncer pensando que cada uno tenía su particular forma de crecimiento. Y empezamos a probar con distintas líneas de células tumorales. Probamos hasta en quince líneas... y descubrimos que siempre existía el mismo tipo de crecimiento, un mecanismo único que realmente gobernaba todo el proceso desde el punto de vista dinámico con unas características morfológicas que se verificaban en todos los casos: un mecanismo de estructura de bordes por el que las células nuevas que nacían en el borde del tumor, que era donde se concentraba la mayor parte de la actividad del mismo, iban a ocupar las concavidades del borde del tumor. En otras palabras, comprobamos que las células tumorales buscaban siempre estar lo más rodeadas posibles de otras células tumorales. Y ese mecanismo -que la ecuación matemática decía que era el más importante- lo comprobamos "in vitro" en todas las líneas.

-¿Puede explicárnoslo mejor?

-Verán, lo que descubrimos "in vitro" es que la dinámica de crecimiento en todos los tumores es igual, es decir, que existe un mecanismo dominante que es el mismo para todos los tipos de líneas celulares. Dicha dinámica posee tres características que desde el punto de vista matemático son en cierto modo equivalentes:

- 1) Que la mayoría de la actividad celular de los tumores se concentra en la banda externa de los mismos.**
- 2) Que se produce lo que denominamos difusión superficial en el borde del tumor, es decir, que las nuevas células provenientes de la división de una de las células del borde del tumor se mueven por él hasta que encuentran una posición cóncava en la que están rodeadas por un número mayor de células que en la posición en que se generaron. Y,**
- 3) Que el crecimiento de la colonia cancerosa es constante en el tiempo, excepto en una primera fase (cuando hay pocas células) en que el crecimiento, lógicamente, es exponencial.**

Que la proliferación estuviera restringida al borde de la colonia de células tumorales significaba además que las células del interior de la colonia no proliferan al mismo ritmo que las de fuera, es decir, que existe un mecanismo de inhibición celular de las células cancerígenas; algo parecido (y posteriormente vimos que prácticamente puede ser el mismo mecanismo) a lo que se conoce para células normales (no tumorales) como inhibición por contacto. El siguiente paso fue confirmar que este tipo de mecanismos también gobierna el crecimiento del tumor "in vivo". E hicimos muchas investigaciones

sobre quince tipos distintos de tumores de los cuales obtuvimos distintas secciones histológicas constatando que la mayor parte de la proliferación estaba siempre restringida al borde del tumor. También "in vivo" se verificarían las características fundamentales de la dinámica de crecimiento "in vitro", es decir, que el mecanismo era el mismo que el que habíamos observado "in vitro". Además los parámetros morfológicos que medimos en las colonias se reproducían también en el crecimiento "in vivo". De alguna manera habíamos descubierto, pues, que hay una universalidad dinámica en todo tipo de proliferación celular... y también en la proliferación tumoral.

-En tal caso, la teoría del crecimiento exponencial de las células tumorales, base de los actuales tratamientos contra el cáncer, queda en entredicho...

-Uno de los conceptos que desde el punto de vista matemático y físico no conseguía entender era por qué si se reconocía que dentro de un tumor cualquier célula es capaz de proliferar, los tiempos de duplicación celular eran tan diferentes de los de duplicación tumoral. Los tiempos de duplicación celular son de 48, 72 horas... mientras los de duplicación tumoral superan en algunos casos los cien días. Eso no tenía lógica. Y lo que en realidad ocurre, simplemente, es que no es verdad que crezca todo el tumor sino que fundamentalmente lo hace sólo su borde. Dicho de otra manera: el crecimiento de un tumor de 2 centímetros cúbicos -que se compone del orden de unas 10^9 células- no responde a lo que se espera de los cálculos convencionalmente aceptados por la cinética celular. ¡Hemos demostrado que son muy diferentes! Según la cinética celular para alcanzar ese volumen tumoral a partir de una célula inicial son necesarias sólo 32 duplicaciones pero la cinética real tumoral, la demostrada en nuestros experimentos a partir de una célula inicial, indica que las células del borde acumulan más de 800 duplicaciones! Esto explica, por ejemplo, que tumores de dos centímetros cúbicos sean tan malignos. Porque tras 32 duplicaciones no es lógico que las células acumulen tantas aberraciones cromosómicas pero en cambio, tras ochocientas duplicaciones sí es posible. Esto explica además otra infinidad de hechos. Por ejemplo, que una metástasis sea mucho más maligna que el tumor original. Y es que las metástasis siempre vienen generadas por células del borde que migran a otro punto y la célula del borde siempre es mucho más maligna y está mucho más degenerada que la célula del tumor primario.

-Resulta paradójico que las nuevas células tumorales busquen refugio en las concavidades del borde del tumor donde la competencia por los nutrientes es mucho mayor que en cualquier saliente del mismo.

-Algo fundamental de nuestra teoría es que demuestra que la

auténtica competencia celular no se debe a los nutrientes (como se suponía hasta ahora y en lo que se basan las terapias antiangiogénicas) sino al espacio. La universalidad de la dinámica del crecimiento tumoral se caracteriza porque la proliferación celular tiene lugar casi exclusivamente en la frontera del tumor y las células recién nacidas se difunden a lo largo de la interfase del tumor con el tejido del órgano que lo aloja antes de que se establezcan en una posición fija. Esta difusión busca situar las nuevas células en las concavidades. Es cierto que está bien establecido que sería en las convexidades de la interfase del tumor donde las células podrían lograr un mejor suministro de nutrientes y de oxígeno. Además allí el pH es menos ácido ya que una de las consecuencias de un número alto de células tumorales en las concavidades es la alta concentración de ácido láctico que produce su metabolismo. Esta sería una situación típica si lo que buscasen las células tumorales fundamentalmente fueran los nutrientes. Sin embargo, nuestros experimentos indican que las células se mueven hacia las "menos favorables" concavidades. Explicar esta "ilógica" conducta requiere que allí haya alguna compensación para la pérdida de suministros de nutrientes y la supervivencia en un ambiente más hostil. La razón final es que las nuevas células tumorales encuentran allí más espacio para su duplicación y están más "protegidas" de la presión provocada por el tejido huésped y por la respuesta inmune que trata de oponerse al crecimiento tumoral. Esto es consistente con la observación de que las interfases tumorales siempre son super-rugosas, un modelo muy favorable para resistir la presión.

De acuerdo con esta forma de proliferar y crecer, los tumores deben destruir primero el tejido huésped para ser capaces de invadirlo y ocupar el nuevo espacio libre. La matriz extracelular es degradada por el entorno ácido corrosivo creado por el metabolismo de las células y por otras sustancias liberadas por el propio tumor -entre ellas las metaloproteinasas- porque el tumor necesita ir degradando el tejido huésped para seguir creciendo. A ningún físico le va a sorprender que se le diga que una masa que crece en el universo lo que necesita fundamentalmente, por encima de todo, es espacio. Esto contrasta con la creencia común de que los tumores invaden primero el tejido huésped y después lo destruyen. Nosotros hemos demostrado que es justo al revés.

Por tanto, viendo que el mecanismo fundamental en el desarrollo del tumor lo constituye la difusión en el borde del tumor de las células tumorales entendimos que si lográbamos anular ese mecanismo podríamos detener el crecimiento tumoral. Y descubrimos que los encargados de esa anulación son los neutrófilos! y que el organismo los envía allí donde se necesitan sin necesidad de "dirigirlos" nosotros.

Es decir, el propio sistema inmune envía los neutrófilos allí donde se necesitan. Así que lo que hicimos fue inocular tumores en ratones y producirles una gran neutrofilia para que el organismo pudiera producir una gran afluencia de neutrófilos alrededor del tumor. Y se comprobó, como se puede apreciar en nuestro artículo aparecido en junio pasado, que haciendo esto se logran grandes resultados. El sistema inmune está en condiciones de combatir un proceso tumoral, obviamente siempre y cuando su estado sea suficientemente bueno. Como nuestros lectores saben son cada vez más los científicos y médicos que desde hace tiempo defienden -en contra de la ortodoxia oficial- que la respuesta al cáncer está en el propio organismo, que basta potenciar el sistema inmune del enfermo para superar la enfermedad y, por consiguiente, carece de sentido recurrir a tratamientos agresivos cuyo efecto secundario es precisamente una disminución de esas defensas. Pues bien, esa convicción cuenta ahora con el sólido respaldo científico que le otorgan los estudios de Antonio Brú y su equipo. Pero veamos el asunto con mayor profundidad...

EL SISTEMA INMUNE, LA RESPUESTA

Como acabamos de decir, teniendo en cuenta los mecanismos de crecimiento tumoral descritos antes por Brú los grandes protagonistas de la defensa contra el cáncer pasan a ser los neutrófilos, uno de los cinco tipos de glóbulos blancos o leucocitos presentes en la sangre de cuya producción se encarga la médula ósea y que son considerados fundamentales para la destrucción de bacterias y otros agentes infecciosos por fagocitosis. Y es que los neutrófilos, que actuando conjuntamente con los otros cuatro tipos de glóbulos blancos -linfocitos, monocitos, basófilos y eosinófilos- son llevados rápidamente por el organismo hasta los puntos de infección por determinadas sustancias químicas que liberan los tejidos inflamados e infectados, son capaces de anular el mecanismo de desarrollo del cáncer! Así ocurrió al menos en el 80-90% de las células tumorales de los ratones investigados... Llegándose en algún caso hasta el 100%, es decir, hasta su desaparición completa.

-¿Cómo se les ocurrió que los neutrófilos podían tener un papel tan primordial en la lucha contra el cáncer?

-Supimos que eran los neutrófilos tras estudiar todo tipo de terapias y porque conocíamos las propiedades que debían tener las células candidatas -indudablemente tenían que ser algún tipo de células, eso sí lo teníamos muy claro- ya que conocíamos el mecanismo que tenían que anular. Observamos que cuando intervenían los neutrófilos, aunque fuera de manera involuntaria, se producían buenos resultados. Y cuando no los había es porque los neutrófilos no estaban apenas presentes. Los neutrófilos son de por sí elementos fundamentales de

nuestro sistema inmune y hoy sabemos que poseen determinadas características que les convierten en fundamentales para enfrentarse al crecimiento tumoral. Para empezar, pueden aguantar el entorno ácido del tumor y por tanto pueden estar en contacto íntimo con las células tumorales. Además tienen bastante masa y, como hemos podido comprobar, aparecen siempre en todos los procesos tumorales, tanto si existe terapia como si no. Así que tratamos de ver si provocando una neutrofilia alrededor del tumor, es decir, una presencia masiva de neutrófilos, éstos eran capaces de "luchar" en esas concavidades con las células tumorales y detener su replicación. Inferimos luego que la fórmula más sencilla para lograr la neutrofilia era que la generara el propio organismo estimulando la médula ósea. Lo probamos en experimentos con ratones y vimos que, efectivamente, se generaba una neutrofilia y el propio organismo, al igual que cuando nos hacemos una herida, se encargaba de llevar los neutrófilos allí donde más se necesitaban: a la zona del tumor. Bueno, pues también constatamos que en el momento en que llegaban al tumor se posicionaban en torno a él recubriéndolo y ello lograba dos objetivos importantes: el primero, disminuir el mecanismo de desplazamiento en el borde de las células tumorales impidiéndolas así llegar a "posiciones cómodas" para su duplicación; y segundo, aumentar la presión en el interior del tumor. En suma, los neutrófilos encapsulan al tumor y le impiden crecer. Con lo que, con el tiempo, se necrosa.

-¿Y resisten los neutrófilos la acidez que suele haber en la zona tumoral?

-Sí, hemos comprobado que resisten bien la degradación provocada por los mecanismos tumorales. De ahí su eficacia.

-Todo esto parece indicar que el cáncer sólo se desarrolla cuando tenemos las defensas naturales bajas... y que basta con aumentar la capacidad del sistema inmune para superarlo cuando se manifiesta.

-Alguien escribió que *"Dios ha enseñado al hombre a ser dios antes que a ser hombre"*. Los seres humanos, sin embargo, nos creemos obligados a inventar aparatos o moléculas para enmendar lo que consideramos "fallos de la naturaleza". Cuando no es así: la naturaleza tiene sus propios mecanismos de reparación y son efectivos y más que suficientes.

El organismo tiene capacidad de sobra para acabar con las células cancerígenas, es decir, con aquellas células cuyo mecanismo de duplicación se encuentra dañado -debido a numerosas causas-. Y de hecho lo hace miles de veces a lo largo de nuestras vidas. Teniendo en cuenta que el número normal de duplicaciones de nuestras células a lo largo de la vida se calcula en una cifra en torno a 1062 puede

afirmarse que el hecho de que a veces haya fallos y se produzcan algunas células cancerosas es absolutamente normal. Y sólo cuando el organismo tiene las defensas bajas, cuando el sistema está inmunodeprimido, las células cancerosas son capaces de llegar a formar un tumor que se desarrolle. En suma, por pura lógica, era previsible pensar que si el cáncer es algo natural la solución también debe ser natural. Basta elevar las defensas del sistema inmune para que el organismo se encargue del resto. Eso es lo único que se precisa.

Lo que ocurre es que hay mucha gente que se niega a aceptar que la lucha contra el tumor pueda deberse a un efecto mecánico y no a que los neutrófilos liberen alguna citoquina u otra proteína. Es decir, alegan que no puede tratarse de un efecto mecánico. Sin embargo, lo que se ve en un tumor es un centro necrótico -en algunas ocasiones (no siempre)-, una gran banda de células en estado quiescente -que no proliferan, que no se duplican-, una banda proliferativa y una banda de neutrófilos. Y si los neutrófilos liberasen sustancias que directamente acabasen con las células tumorales entonces la imagen sería un núcleo proliferativo a resguardo de la sustancia liberada por los neutrófilos, los linfocitos -o lo que se quiera-, una banda de necrosis y luego una banda de neutrófilos. El que sea justo al contrario demuestra que no es un efecto directo de una célula sobre otra, no es una sustancia que llegue desde fuera: se trata de un fenómeno mecánico en superficie.

-¿Y cómo inducir la neutrofilia?

-Hay diversas maneras de potenciar el sistema inmune. Por ejemplo, inoculando factores estimulantes de colonia (G-CSF y GM-CSF). Se trata de unas sustancias que actúan sobre la médula ósea provocando una mayor producción de toda la línea "blanca" de la sangre. Es decir, generan muchos más linfocitos, monolitos o macrófagos, basófilos, eosinófilos y, sobre todo, neutrófilos. Hoy se utilizan para intentar recuperar el sistema inmune de los pacientes que son sometidos previamente a Quimioterapia. Obviamente, conocemos otros tipos de estímulos para lograr ese efecto y no negamos que pueda haber otros que desconozcamos pero nosotros hemos comprobado que los factores estimulantes de colonia tienen un efecto intenso, directo y potente para estimular la médula ósea.

-Pues su descubrimiento podría explicar la eficacia de algunas de las terapias alternativas que se usan para tratar el cáncer y se basan en aumentar las defensas... Nos consta, por ejemplo, que el conocido *Bio-Bac* provoca neutrofilia.

-Es cierto que la médula ósea se puede estimular de diferentes maneras. Por ejemplo, cuando uno examina la composición del *maitake* (*grifota frondosa*), conocido hongo japonés del que se alaban

sus propiedades antitumorales, constata que hay sustancias en él que provocan un proceso inflamatorio que estimula la reacción del sistema inmune y la producción masiva de granulocitos. De hecho, todas las terapias que lleven a desencadenar un proceso inflamatorio prolongado -por ejemplo, algunos venenos como los de las arañas -que fue, por cierto, una de las primeras alternativas que se nos ocurrieron- provocan esa respuesta inmunitaria. Nosotros, a lo largo de la investigación, nos planteamos en algún momento estudiar cuál podría ser la mejor manera de conseguir una inflamación alrededor del tumor que produjera una neutrofilia mínima en intensidad pero durante suficiente tiempo -ambos son los factores básicos para el éxito- como para combatir el tumor... pero se trata de investigaciones que precisan de muchos fondos. De momento hemos podido comprobar sólo la eficacia de los factores estimulantes de colonia que existen en el mercado.

-Sus experimentos, en todo caso, se han efectuado exclusivamente en ratones. ¿Se plantean ampliar la investigación en humanos próximamente?

-Hasta ahora no hemos contado con muchos medios porque, como ya dije, toda la investigación la he sufragado de mi bolsillo. Pero si creemos en nuestra propia teoría el mecanismo fundamental es independiente de la línea tumoral y de si es en humanos o en animales. Así que ya no se puede decir lo que se decía antes: *"Si es usted ratón le podemos salvar pero si es humano, no."* Nuestros estudios demuestran que esos mecanismos son los mismos en animales y en humanos y la parte de la respuesta inmunológica que se precisa también con lo que los resultados deben ser los mismos que los obtenidos en animales. Actualmente estamos ya trabajando con personas y me atrevo a predecir que en un periodo muy corto de tiempo tendremos los resultados que avalen nuestra teoría y los experimentos iniciales.

QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA

Ya en mayo del 2001 en *The Lancet Oncology* se llegó a decir, con motivo de la publicación de los trabajos de Antonio Brú, algo tan importante como esto: *"Podemos necesitar revisar las actuales estrategias sobre radioterapia y quimioterapia"*. Debemos decir, sin embargo, que consciente de los recelos que genera su revolucionario planteamiento entre los oncólogos, Antonio Brú se mostró muy prudente sobre las implicaciones de su trabajo al abordar este tema. A pesar de lo cual sus afirmaciones invitan a una profunda reflexión sobre el futuro de esas terapias ya que es indudable que reforzar el sistema inmune como solución al cáncer no parece compatible con utilizar como primer recurso terapias que destruyen precisamente

nuestras defensas orgánicas. En todo caso, lo que es evidente es que el reciente estudio multidisciplinar aparecido este año en *Physical Review Letters* con las firmas de Antonio e Isabel Brú, **Sonia Albertos** y **José Antonio López García-Asenjo** ha abierto definitivamente el camino a nuevas vías en el tratamiento del cáncer que ya difícilmente podrá alguien cerrar.

-Permítanos una última cuestión: si tal y como afirman ustedes el cáncer se produce en presencia de un estado inmunodepresivo no parece que las terapias que pasan por agudizar este estado puedan ser eficaces. Es más, explicaría su fracaso.

-Bueno, las terapias que se están aplicando actualmente son las mejores posibles a día de hoy lo que no está en contra de que nuevos resultados permitan hacerlas mas eficaces o sustituirlas en el futuro por otras mejores. Una vez dicho esto, yo tengo la esperanza de que nuestra teoría permita establecer muy pronto una nueva línea terapéutica mucho mas eficaz que las que hay ahora. Y para explicar esto volvemos a la importancia de que sea el borde el que crece o no. ¿Por qué la Quimioterapia no obtiene prácticamente resultado con los tumores muy grandes? Porque los productos quimioterápicos matan las células que proliferan en el borde, sí, pero cuando el tumor es ya grande la banda proliferativa constituye un número porcentual de células tan pequeño respecto al tumor que es prácticamente como si le quitaras la "cáscara". Y en el momento en que le quitas esa capa lo que estás haciendo es volver activa la siguiente capa que se encontraba en estado quiescente y semiinactiva. En suma, se eliminan sólo unas pocas células de la capa externa y el tumor sigue activo y creciendo.

Es decir, sólo acaba con los tumores muy pequeñitos en los que prácticamente todas sus células se hallan en proliferación, cuando no existe la banda proliferativa que surge cuando ya hay un determinado número de células. Como es efectiva en algunos tipos de tumores líquidos, en algunos tipos de leucemias donde todas las células están siempre activas porque no existe esa competencia por el espacio que tiene lugar en tumores sólidos. El problema es que la quimioterapia ataca también la médula ósea y debilita la respuesta del sistema inmune. Por eso lo que nosotros entendemos que hay que hacer es simplemente dotar al organismo de la capacidad de responder correctamente de nuevo a la presencia de un tumor. Se trata de reactivar el sistema

(XXVII) EL MÉTODO KELLEY-GONZÁLEZ



alimentación es importante para combatir el cáncer. De ahí que Nicholas González ponga énfasis en el consumo de frutas, verduras, cereales, nueces, semillas y granos además de permitir uno o dos huevos diariamente y rechace las comidas procesadas, la leche, los cacahuetes, el azúcar blanco y el arroz blanco.

Las enzimas pancreáticas son la principal defensa del organismo humano contra el cáncer. Así lo sostiene al menos el doctor norteamericano **Nicholas González** quien ha desarrollado un tratamiento natural a base a enzimas pancreáticas porcinas, dieta y suplementos nutritivos que, junto a la aplicación de enemas de café para desintoxicar el organismo, permiten potenciar el sistema inmune. De hecho, como sus resultados en el tratamiento de enfermos de cáncer de páncreas han sido tan esperanzadores el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos no ha podido seguir ignorándolos y ha puesto en marcha un amplio estudio que en la actualidad se halla ya en fase III para confirmar lo que muchos investigadores vienen sosteniendo desde principios del siglo pasado sin encontrar eco en la oncología oficial: la efectividad de las enzimas pancreáticas para tratar el cáncer.

Hay que decir no obstante que mucho antes que él **William Donald Kelley** -en la década de los 60 del siglo pasado- obtuvo ya resultados terapéuticos con las enzimas pancreáticas desarrollando lo que se conocería como *Método Kelley* y que precisamente es la base de los trabajos de González y de su colaboradora **Lissa Isaacs**. Aunque la verdad es que tampoco fue Kelley quien descubrió las posibilidades de las enzimas pancreáticas. Porque tanto él como **Ernst Krebs Jr.**, impulsor del *Laetrile* -fármaco basado en la vitamina B17 (lea el lector en nuestra web www.dsalud.com lo publicado al respecto en el artículo aparecido en el nº 64 con el título **Sorprendente tratamiento del cáncer con vitamina B17 y un compuesto de plantas**)-, no son sino parte del hilo conductor de una teoría enunciada por primera vez en 1902! por el embriólogo escocés **John Beard** quien en un artículo

publicado ese año ya afirmaba que *"las enzimas proteolíticas pancreáticas representan la defensa principal del cuerpo contra el cáncer"*. Y es que según la teoría sobre el cáncer propuesta por Beard -e ignorada durante un siglo- el proceso del cáncer es idéntico al del trofoblasto, la masa celular que da lugar a la placenta y cuyo crecimiento sólo es detenido por las enzimas pancreáticas del bebé y su madre.

ENZIMAS PANCREÁTICAS FRENTE A QUIMIOTERAPIA

En todo caso ha sido Nicholas González quien hoy, ateniéndose a las reglas de la ortodoxia científica, ha conseguido centrar el foco del interés de la oncología oficial sobre esta teoría casi centenaria ignorada por la industria oncológica del medicamento, sobre todo en Estados Unidos. El propósito del estudio que está en marcha es confirmar si en los casos de cáncer de páncreas es más efectiva la quimioterapia convencional con gemcitabina o la propuesta por el doctor González.

Según puede leerse en la propia documentación oficial del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos *"Gonzalez, un médico de Nueva York, presentó los resultados de su tratamiento con terapia nutritiva al Instituto de Cáncer Nacional en 1993. Había tratado a 11 pacientes con cánceres diversos pero los beneficios de su terapia no estaban bien definidos. El Instituto Nacional del Cáncer concluyó que para determinar si el tratamiento era beneficioso o no debería realizar un estudio en mayor profundidad. El Dr. González escogió entonces estudiar a los pacientes de cáncer de páncreas dado que tenía la impresión de que los pacientes con ese tipo de cáncer mejoraban con ella. Pues bien, cinco de los once pacientes de la serie inicial -esponsorizada por Nestlé Corporation- sobrevivieron dos años o más y los resultados se publicaron en el diario médico 'Nutrición y Cáncer'. Los pacientes sometidos al tratamiento de González vivieron un promedio de 17 meses y medio, casi tres veces más que el periodo de supervivencia usual para los pacientes con cáncer pancreático avanzado. La supervivencia observada en esta serie fue suficiente para que un grupo del Hospital Presbiteriano de Columbia, junto con los Institutos Nacionales de Salud (NIH), emprendieran un ensayo en fase III aleatorio"*.

Evidentemente, siendo el cáncer de páncreas uno de los más rápidos en progresar los resultados publicados en *Nutrición y Cáncer* no podían dejar indiferente a la comunidad oncológica oficial. Y después de un año de tratamiento con grandes dosis de enzimas pancreáticas porcinas, oralmente ingeridas, suplementos nutritivos, procedimientos de desintoxicación y una dieta orgánica... el 81% de los pacientes que sufrían la fase inoperable II-IV de adenocarcinoma pancreático

sobrevivieron un año, el 45% sobrevivió dos y el 36% tres. Estos resultados mejoraban espectacularmente las cifras de supervivencia oficiales: el 25% de supervivencia a un año y el 10% supervivencia a dos años para todas las fases de adenocarcinoma pancreático. La confianza de González y Lissa Isaacs de que antes o después se tendrán que reconocer los beneficios de esta terapia centenaria se basa además en los magníficos resultados que se siguen obteniendo en la investigación de base destinada a probar el tratamiento de enzimas en modelos animales con cáncer pancreático. Hace sólo unos meses -en mayo de este año- se publicaron en la revista *Páncreas* -que como *Nutrición y Cáncer* acostumbra a revisar los trabajos antes de publicarlos- los resultados de la última investigación realizada. En ella se indujo a un grupo de ratones una forma muy agresiva de cáncer pancreático humano y luego se proporcionó a una mitad enzimas pancreáticas mientras a la otra mitad no se le dio ningún tratamiento. Pues bien, los ratones que fueron tratados con enzimas mostraron un menor crecimiento del tumor y una mejora significativa en su supervivencia y conducta en comparación con los animales que no recibieron las enzimas. El investigador principal del estudio, **Murat Saruc** -del *Eppley Institute for Research in Cancer and Allied Diseases de Omaha*- escribió en la conclusión del artículo: *"En resumen, PPE (pancreatic enzyme extracts) es, experimental y clínicamente, el primer agente probado para el tratamiento eficaz de cáncer pancreático. Las ventajas significativas de PPE sobre cualquier otra modalidad terapéutica actualmente disponible incluyen sus efectos en la condición física, nutrición y falta de toxicidad"*. Obviamente no se puede extrapolar directamente la investigación en animales a los seres humanos pero es igualmente evidente que los resultados no dejan de ser significativos y prometedores. Sobre todo porque con este nuevo estudio sigue lloviendo sobre mojado

VEINTE AÑOS ANTES...

Hay que decir que el interés de González por las enzimas comenzó en 1981 cuando siendo estudiante en el *Cornell Medical College* y durante un estudio de postgrado dirigido por **Robert A. Good** -director del *Instituto de Investigación Sloan-Kettering*, uno de los centros de referencia de la oncología oficial- se interesó por los trabajos del antes mencionado William Donald Kelley y su método para tratar el cáncer. Kelley, ortodoncista en el estado de Washington, había desarrollado su *Programa nutritivo-metabólico contra el cáncer* en los años sesenta. Resulta que en 1960 le diagnosticaron cáncer pancreático, decidió no conformarse con su suerte y ante la falta de respuestas de la medicina oficial sus investigaciones le llevaron hasta la terapia nutricional de **Gerson** y las teorías de Beard sobre el cáncer como masa trofoblástica

con las enzimas pancreáticas como solución para detener su crecimiento. A partir de ahí desarrollaría su propio método que no es sino la fusión de varios tratamientos naturales para tratar el cáncer que incluye la ingesta de enzimas pancreáticas, una terapia nutritiva, la desintoxicación del organismo, la estimulación neurológica -mediante Osteopatía, Quiropráctica, etc.- y una necesaria espiritualidad que después no sería tenida en cuenta por González al redefinir el método. Kelley sobrevivió al cáncer de páncreas, al acoso de la medicina oficial y cruzó con salud la frontera del nuevo siglo orientando desde entonces a los enfermos de cáncer sobre lo que debían hacer para sobrevivir a la enfermedad.

González, por su parte, decidió hacer una revisión en profundidad de más de 1.036 pacientes de cáncer tratados por Kelley hasta mediados de los 80. Y de ellos escogió a 50 que habían experimentado grandes beneficios con el tratamiento en distintos tipos de cáncer. *"Un estudio como el mío -concluyó Gonzalez entonces- no puede, claro, demostrar concluyentemente que el tratamiento de Kelley cura el cáncer dado que los pacientes que fueron evaluados no fueron tratados bajo condiciones controladas. No obstante, un número significativo de pacientes con cáncer terminal diagnosticado disfrutó de regresiones impresionantes de la enfermedad mientras estaba bajo el tratamiento de Kelley".*

En 1987 el propio González empezaría a tratar a enfermos de cáncer desahuciados con el método de Kelley -incluyendo algunas modificaciones en las terapias secundarias- aunque manteniendo como núcleo del mismo las enzimas pancreáticas porcinas. Iniciaría así un esfuerzo por convencer a la oncología oficial que culminó con la publicación de sus espectaculares resultados en la revista *Nutrición y Cáncer*, la lucha política por conseguir la atención del Instituto Nacional del Cáncer y la puesta en marcha de un estudio centrado en el cáncer de páncreas que debió haberse realizado hace ya décadas. González, por supuesto, está convencido de que su método funciona igual de bien con otro tipo de cánceres. *"Aunque nuestra investigación publicada trata sobre el cáncer pancreático -nos comentó- nosotros tratamos a pacientes con todo tipo de cánceres e, incluso, a pacientes con una amplia variedad de otros problemas desde el síndrome de fatiga crónica a esclerosis múltiple. Obviamente, cada protocolo de tratamiento se individualiza".*

LA TEORÍA TROFOBLÁSTICA DEL CÁNCER

Los resultados obtenidos por las enzimas pancreáticas como defensa anticancerígena del organismo nos invitan a recordar la teoría centenaria que los sustentan. En junio del 2002 se cumplió el centenario de la publicación en *The Lancet de Embryological Aspects*

and Etiology of Carcinoma, un artículo del antes mencionado embriólogo escocés John Beard (1858-1924) que recoge una nueva teoría sobre la naturaleza del cáncer y su tratamiento -la *Teoría Trofoblástica*- que llegaría a ser citada en la prestigiosa Enciclopedia Británica. En 1911 Beard, como resultado de sus estudios, publicó *The Enzyme Treatment of Cancer and Its Scientific Basis*, obra en la que refuerza su teoría y explica el uso de las enzimas digestivas como agente anticancerígeno. Su trabajo sería ignorado por la oncología oficial durante un siglo aunque consiguió sobrevivir entre los defensores de los métodos naturales de tratamiento del cáncer, sobre todo en Europa.

¿Y qué plantea la *Teoría Trofoblástica* de Beard? Pues se basa en la afirmación de que las células cancerígenas son de la misma naturaleza que las células trofoblásticas encargadas de elaborar la placenta para la instalación del embrión: invasivas, corrosivas y metastásicas.

Afirmación que nos lleva al momento de la concepción humana. Lo explicamos...

En los primeros 5 días después de la fertilización y durante la formación de un embrión humano la masa creciente de células se divide en dos tipos: una masa celular interna (embrioblasto) que se convierte en el embrión y una capa exterior de células llamada trofoblasto. Y para evitar que el nuevo ser sea expulsado del útero las células del trofoblasto se multiplican (como en una metástasis) sobre el muro del útero. Es decir, los trofoblastos invaden la superficie del útero creciendo rápida e invasivamente, digieren parte del mismo para formar un agujero en su pared y van formando múltiples ramificaciones o arborescencias llamadas vellosidades coriales que se infiltran en el endometrio. A alrededor de cada una de esas vellosidades llegan las arterias maternas y forman lagos sanguíneos que regresan, por las venas, a la circulación materna. Esto implica que la membrana que rodea las vellosidades coriales (membrana placentaria) se constituye en la frontera entre la madre y el bebé. A partir de la formación de la placenta, con un buen suministro de comida y ningún peligro de ser expulsado de la madre el embrión puede continuar creciendo seguro hasta el nacimiento. Ahora bien, si la placenta no deja de crecer puede entonces desarrollarse un tipo de cáncer llamado cariocarcinoma.

Bueno, pues Beard pensó que si encontraba la razón por la que la placenta dejaba de crecer... encontraría también la manera de evitar el crecimiento de un tumor cancerígeno. Aquella idea le llevó 10 años de investigación durante los cuales estudió el crecimiento de cada órgano, de cada tejido... y la única conexión que finalmente encontró fue que en todos los mamíferos la placenta deja de crecer el día en que el páncreas del embrión empieza a trabajar. De lo que dedujo que

el embrión utilizaba las enzimas digestivas para detener el crecimiento de la placenta y que, por tanto, quizás pudiera utilizarse el mismo sistema para detener el crecimiento del cáncer.

Pero, ¿cómo se inicia el crecimiento de un trofoblasto fuera del útero? Sigamos con la teoría del embriólogo escocés. Durante el desarrollo del feto llega un momento en el que las células germinales embrionarias (troncales) que darán a las células germinales (espermatozoides y óvulos) dejan de multiplicarse y comienzan a migrar hacia las gónadas (ovarios o testículos). Solo que miles de esas células germinales embrionarias no acaban de completar la migración y permanecen depositadas en distintas áreas del cuerpo en estado inactivo. Pues bien, según Beard todo lo que se necesita para que aparezca un cáncer es *"el cambio de una célula germinal ectópica (fuera de lugar) en una célula germinal trofoblástica. Y ese cambio lo provoca iun exceso de hormonas femeninas!"*

Como se sabe, en realidad tanto hombres como mujeres tienen hormonas "masculinas" y "femeninas". Y cuando por factores genéticos, medioambientales o nutritivos se produce un desequilibrio, una masa tumoral similar al trofoblasto invasor empieza a formarse a partir de las células germinales que, según Beard, son pluripotenciales, es decir, células capaces de dar lugar a todos los tipos de células diferenciadas del organismo.

En suma, las células trofoblásticas -ahora células cancerígenas- crecen rápidamente intentando formar una "placenta" (el tumor) ya que poseen la habilidad natural de invadir el órgano afectado. Por consiguiente, la malignidad según Beard no deriva de una célula normal que en un momento determinado entra en un estado de proliferación salvaje sino ide una célula germinal primitiva que empieza a crecer normalmente en un lugar equivocado! Y, por tanto, si el desequilibrio que desencadena la activación de la célula germinal como célula trofoblástica se produce en ausencia de la adecuada cantidad de enzimas pancreáticas -encargadas de digerir los tejidos trofoblásticos- el desarrollo tumoral es inevitable.

Beard agrega que las principales razones para que en el cuerpo no se halle una cantidad suficiente de enzimas pancreáticas activas en un momento tan delicado pueden ser varias. Entre ellas, un sobreesfuerzo del páncreas debido a la ingesta de demasiadas proteínas (83% de los casos), una lesión neurológica que impide la producción de las enzimas pancreáticas (10%) o un desequilibrio químico del cuerpo que vuelve inactivas a las enzimas (7%).

La publicación de la teoría de Beard se vería sin embargo ensombrecida por la de otro libro: el de **Marie Curie** (1867-1934) anunciando que la radiación era segura, no tóxica y curaba todos los cánceres. La prensa y los científicos, como sabemos, optaron por creer

a "madame Curie" y lo planteado por Beard no se tuvo en cuenta. Años después se sabría la verdad tras la muerte por leucemia de un buen número de radiólogos, constatándose los enormes peligros de la radioterapia y comprobándose que la inmensa mayoría de los enfermos sufre secuelas que pueden incluso ser mortales tras recibir el tratamiento radiactivo. Beard quedó así en la sombra... pero no en el olvido. Porque su teoría, elaborada a partir de la observación y desde luego sin los medios actuales, lejos de ir perdiendo vigencia ha ido encontrando, con el paso de los años, nuevas pruebas que parecen avalarla.

LA GONADOTROPINA CORIÓNICA (HCG)

Para los defensores de la *Teoría Trofoblástica* sobre la naturaleza del cáncer el primer factor común entre trofoblasto y cáncer es la gonadotropina coriónica humana (hCG por sus siglas en inglés), una hormona producida únicamente por la placenta-trofoblasto durante el embarazo y que precisamente se utiliza como prueba para saber si una mujer está encinta. Investigaciones desarrolladas durante las últimas décadas han llevado a utilizar la gonadotropina coriónica humana además para detectar el coriocarcinoma (un cáncer poco común del útero) y la enfermedad trofoblástica (un cáncer poco común que se desarrolla a partir de un huevo fertilizado anormalmente) así como la presencia de cánceres de testículo, ovario, hígado, estómago, páncreas y pulmón, entre otros.

En 1994 **Alexander Krichevsky** y sus colegas de la *Columbia University* comprobarían que las células cancerígenas muestran gonadotropina coriónica humana en todas sus formas y **Hernán Acevedo** publicaría un año después en la revista *Cáncer* que "*la gonadotropina coriónica humana es un denominador bioquímico común en el cáncer*" tras encontrar gonadotropina coriónica humana, subunidades suyas y/o fragmentos ien 85 líneas celulares diferentes de cáncer! Acevedo encontró además la gonadotropina coriónica humana en tejidos tumorales malignos humanos. Concluiría así que "*la gonadotropina coriónica humana es una característica fenotípica común del cáncer*" con lo que "*después de un siglo se había demostrado que la teoría de Beard es conceptualmente correcta*".

Para completar la investigación el profesor **William Regelson** escribió en un editorial en la misma revista afirmando que "*la gonadotropina coriónica humana define la agresividad metastásica de los tumores en los cuales se encuentra*". Ni las células no embrionarias ni las células de tumores benignos expresan gonadotropina coriónica humana mientras que "*la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana -añadiría Regelson- es fenotipo definitorio de la transformación maligna*".

También un oncólogo como **Rigdon Lentz**, siendo jefe de Hematología y Oncología en el *Comprehensive Cancer Center* de Valdosta, apuntaría en un artículo titulado *The Phylogeny of Oncology* que "el embarazo y el cáncer son las dos únicas condiciones biológicas en las cuales el tejido antigénico es tolerado por un sistema inmunitario aparentemente intacto". Lentz concluía su ensayo con estas significativas palabras: "El tejido trofoblástico tiene todas las características de un verdadero cáncer, es profundamente invasivo, es altamente anaplástico en su morfología, tiene alto índice mitótico y produce antígenos oncofetales. En todos sus aspectos se comporta como un verdadero cáncer".

Finalmente, ya en octubre del 2003, investigadores del *Instituto Paterson de Investigación del Cáncer* de Manchester publicaron un trabajo en *Journal of Cell Science* que vinculaba definitivamente trofoblasto y cáncer. Descubrieron que una molécula llamada 5T4 presente en muchos tipos de tumores cancerígenos y no en células adultas sanas se encuentra también en el trofoblasto embrionario que aísla la placenta del feto. "Pensamos -declaró **Peter Stern**, director de la investigación- que habíamos encontrado un factor común entre las células embrionarias en su desarrollo y las células del cáncer en el comienzo de la enfermedad. La molécula 5T4 es la responsable de que el embrión se convierta en feto y también es la culpable de que el cáncer tome movilidad, cree metástasis, crezca fuera de control y no le tenga miedo a nuestros anticuerpos burlándoles completamente".

El siguiente paso del equipo de investigación fue comenzar -de la mano de los laboratorios- a trabajar en el desarrollo de una vacuna que incite a nuestros anticuerpos a atacar directamente la molécula culpable. Los ensayos clínicos con humanos ya han comenzado y la vacuna ha mostrado inicialmente ser "inmunogénica y segura". El objetivo final es lograr una "bala mágica" basada en la molécula. "Estamos trabajando con 'Biotech Active' -dijo Stern a la revista *New Scientist*- para que el anticuerpo se agarre a la molécula, la siga y lleve hasta los tumores cancerígenos la medicina para matarlos".

LAS ENZIMAS PANCREÁTICAS

En definitiva, cien años después hay evidencias científicas más que suficientes que respaldan la relación entre trofoblasto y cáncer. ¿Por qué pues los oncólogos no reparan en el papel que Beard dio a las enzimas pancreáticas para luchar contra el cáncer? Empecemos por recordar que las enzimas son proteínas que estimulan y aceleran las numerosas reacciones biológicas que se dan en nuestro organismo y que el páncreas es un órgano complejo con muchas funciones y propósitos. Los más conocidos son el metabolismo de los carbohidratos -cuyo mal funcionamiento tiene que ver con la aparición de la

diabetes-, la producción de enzimas digestivas para digerir grasas, proteínas y almidones y su intervención en la digestión de sustancias de desecho metabólico. A todos ellos Beard añadió la de destrucción de las células precancerosas.

Basándose en sus estudios de Embriología Beard había llegado a la conclusión de que las enzimas pancreáticas no sólo degradan las células cancerígenas sino que generan un entorno de pH absolutamente hostil para las mismas. En sus experimentos Beard extraía enzimas de embriones animales y las inyectaba en el organismo enfermo. Creía que las enzimas tenían que ser inyectadas para prevenir su destrucción en el estómago por el ácido clorhídrico. Sin embargo, evidencias científicas posteriores demostrarían que, ingeridas oralmente, las enzimas proteolíticas pancreáticas son estables, el ácido no les afecta y pasan intactas al intestino delgado donde son absorbidas a través de la mucosa intestinal llegando al torrente sanguíneo como parte del proceso enteropancreático. Es más, las enzimas pancreáticas viajan hasta el tumor y lo digieren sin dañar al resto del cuerpo. Beard explicó que el secreto por el que las enzimas pueden diferenciar entre las células saludables y las tumorales (trofoblásticas) radica en la configuración molecular, en la diferencia entre moléculas levógiras y dextrógiras. Cuando un haz de luz polarizada en un plano atraviesa ciertas sustancias el plano de polarización de la luz rota un ángulo hacia la derecha con las sustancias que se denominan dextrógiras o hacia la izquierda en las sustancias que se comportan como levógiras. Pues bien, Beard sostenía que la tripsina -una de las enzimas pancreáticas- no actúa contra los órganos del cuerpo humano porque están constituidos de proteínas levógiras. Sin embargo, la tripsina sí sería muy eficaz para atacar a las proteínas dextrógiras de las que están constituidos los tumores.

Cabe agregar que al igual que la teoría de Beard va siendo científicamente respaldada también su aplicación práctica está encontrando apoyo con el paso del tiempo. Desde que en 1906 Beard inyectara tripsina en ratones a los que les había inoculado células de cáncer hepático constatando días después que el tumor estaba necrosado han sido muchos los pasos dados. Pongamos sólo algunos ejemplos. Una investigación realizada en 1997 por **Tibor Harrach** y **Frank Gebauer** sobre la capacidad de varias enzimas proteolíticas para modular la molécula de adhesión CD44 -fundamental en el proceso de progresión del tumor y posterior metástasis- reveló que *"enzimas proteolíticas como la bromelina, la papaína y la quimotripsina pudieron modular la molécula CD44 en las células de origen de la leucemia así como en las líneas celulares de melanoma y carcinoma mamario. El efecto más pronunciado se consiguió utilizando*

la proteasa bromelina. El tratamiento de proteasas (se llama así a las enzimas que catalizan la digestión otras proteínas) no sólo redujo la concentración de epítopes (lugares de anclaje) de CD44 en la superficie de células del tumor sino que sus resultados implican que el tratamiento con enzimas proteolíticas puede ser útil para reducir la conducta metastásica de las células malignas".

En un estudio hecho con animales en el 2001 **M. Wald** confirmó esta disminución de CD44 y CD54 demostrando además que una mezcla de enzimas podía reducir la formación de metástasis de melanoma B16 a la vez que el tiempo de supervivencia se alargaba significativamente. Concluyendo que la serina y la cisteína son capaces de inhibir las metástasis. En otro estudio con ratones efectuado por **Leighton King** -investigador del *St'Josephs Hospital* en Arizona- se constató cómo basta agregar pancreatina a la dieta para que aumente el nivel de anticuerpos en un 260%. Y una tercera investigación, esta vez de **P. D. J. Holland** en humanos, demostró que las enzimas proteolíticas refuerzan el inmune aumentando significativamente el número de linfocitos T, sobre todo en los grupos de mayor edad y en los pacientes con enfermedades malignas.

Y son sólo algunos ejemplos de investigación base porque existen otros estudios realizados con seres humanos que van en la misma dirección. En uno de ellos recientemente publicado en la revista *Cáncer, Chemotherapeutics and Pharmacology* los pacientes tratados de cáncer de colon con enzimas orales experimentaron una significativa reducción de los síntomas asociados a la enfermedad, según el director de la investigación **Tadeuz Popuela**, del *Department of General Gastroenterological Surgical Clinica* de Cracovia (Polonia). Es más, se constató que reducía las reacciones adversas de los tratamientos de radioterapia y quimioterapia.

Obviamente podríamos seguir citando estudios e investigaciones pero no es el motivo de este reportaje seguir profundizando en las posibilidades de las enzimas en la lucha contra el cáncer -cosa que haremos próximamente- sino dejar claro que las enzimas pancreáticas -núcleo de la terapia Kelley-González- forman parte por derecho propio del arsenal natural contra el cáncer. Y de ellas, los pacientes de González reciben 45 gramos diarios por vía oral distribuidas a lo largo del día.

En todo caso, si decide seguir informándose sobre esta línea terapéutica tenga muy en cuenta las palabras del propio doctor González: *"Nuestra experiencia indica que la calidad, métodos industriales y composición varían ampliamente entre las preparaciones disponibles comercialmente de enzimas pancreáticas. Por tanto, no pueden usarse los resultados de nuestros estudios como aprobación para cualquier otro producto obtenido en una tienda de suplementos,*

una farmacia o a través de Internet". Es decir, en la cantidad, calidad y combinación de las enzimas está la cuestión.

LA TERAPIA NUTRITIVA

La dieta alimenticia es otro de los soportes fundamentales tanto del método de Kelley como del de González. Cuando Donald Kelley se enteró de que moriría de cáncer de páncreas se lo comunicó a su madre y lo primero que ésta hizo al llegar a su lado fue cambiarle por completo la dieta! Kelley había vivido principalmente a base de hamburguesas, fritos y chocolate... y a partir de entonces empezó a comer fruta, verduras, legumbres, semillas y nueces. Pasaron las semanas y lejos de empeorar comenzó a sentirse mejor así que buscando información sobre nutrición y cáncer acabó encontrando la *dieta Gerson*, elaborada por un importante médico alemán que ya en la década de los 30 del siglo XX había desarrollado su propia terapia para enfrentarse a las enfermedades degenerativas a base de frutas y verduras frescas, nueces, semillas y, sobre todo, muchos zumos frescos (de 8 a diez vasos al día). Kelley siguió a rajatabla la dieta sintiendo cómo mejoraba día a día pero también percibió que si se apartaba de la dieta el tumor y los síntomas volvían a manifestarse. Así que buscando alivio para algunas de las molestias provocadas por el tumor Kelley se confió a su farmacéutico y recibió de éste un recipiente grande de enzimas pancreáticas. A los 3 días estaba tomando ya 50 cápsulas de enzimas con cada comida. Según contaría luego, primero empezó a sentir que los dolores por los tumores eran mucho más suaves y *finalmente "cómo encogían y se disolvían"*. Pero necesitaba seguir con el mismo régimen nutricional. El programa de Kelley, hoy, prescribe una dieta que se ajusta a cada individuo y que ha ido evolucionando a lo largo de los años. Podría llegar a hablarse incluso de tres dietas: una vegetariana, una algo carnívora -ya que encontró a lo largo de los años personas que no pueden prescindir de la carne- y una tercera categoría que necesita de las dos anteriores. En general la dieta pone mucho énfasis en las frutas frescas, las verduras crudas y el consumo de zumos frescos de frutas y verduras recién hechos a diario. También priman las fuentes de proteína basadas en plantas como cereales, nueces, semillas y granos. Y permite uno o dos huevos diariamente. En cambio, rechaza las comidas procesadas, la leche, los cacahuetes, el azúcar blanco y el arroz blanco. Las proteínas animales -sobre todo las carnes rojas- quedan reservadas para los casos concretos en que sean absolutamente necesarias.

En su estudio de la nutrición Kelley llegó a evaluar los resultados de las dietas en función del funcionamiento del sistema nervioso simpático y parasimpático de sus pacientes ya que dependiendo de

cuál de ellos sea el dominante sería necesaria una dieta u otra. Pues bien, el programa nutritivo de González sigue esta línea y a través del análisis del cabello diseña una dieta individual que puede ir desde la dieta vegetariana pura a una dieta que requiera carne roja. Dieta que se complementa con suplementos que también se indican de forma individualizada. Con González cada paciente de cáncer consume diariamente entre 130 y 175 cápsulas que incluyen vitaminas, minerales, elementos micronutrientes, antioxidantes y productos glandulares animales, prescritos según las necesidades del paciente y el tipo de cáncer.

Igual que había hecho anteriormente Kelley. trató de relacionar la dieta natural a base de alimentos crudos con el beneficio de las enzimas pancreáticas y la teoría de Beard. De esta manera averiguó que cuando se cocinan los alimentos, aunque las vitaminas y minerales no queden completamente destruidos la eficacia de las enzimas se pierde. La comida fresca y cruda, por el contrario, permite al organismo adquirir las enzimas necesarias para su adecuado funcionamiento.

LOS ENEMAS DE CAFÉ

Pero volvamos a la experiencia de Kelley... Porque hay que decir que si bien la nueva dieta había estabilizado su estado físico y las enzimas se encargaban del tumor notó que cada cierto tiempo empeoraba. Decidió entonces dejar de tomar momentáneamente las enzimas cuando eso sucedía... y comprobó que los síntomas disminuían. Sin embargo, también notó que al poco tiempo el tumor volvía a recuperarse. Hasta que concluyó que los períodos en los que se sentía mal eran causados por los restos metabólicos del tumor atacado por las enzimas... que resultaban tóxicos para su organismo. Y encontró la solución en los enemas de café, sin duda la parte de su método que más controversia ha suscitado. Claro que Kelley no se informó de los enemas de café a través de manuales de medicinas alternativas sino en el internacionalmente reconocido *Manual Merck* que los había incluido como instrumento terapéutico en 1889! Y comprobó que daban resultado.

Por eso en su programa Kelley recomienda que los pacientes realicen al menos una vez al día una desintoxicación interna con enemas de café. Como decimos, la razón de someterse periódicamente a una técnica de desintoxicación como esa es que las enzimas, en cantidades suficientes, al descomponer el tumor canceroso generan restos metabólicos que resultan bastante tóxicos para el cuerpo humano. Algo que ya había anunciado Beard en 1911. Y esas sustancias tóxicas deben, por tanto, ser eliminadas cuanto antes. Algo que logra con efectividad un enema de café. Resulta que al incluirlo en el agua que

entra por el colon el café termina siendo absorbido por el hígado a través de la vena porta que recoge del intestino la sangre cargada con sustancias alimenticias digeridas para que el hígado las procese. La cafeína del café relaja entonces los músculos lisos de los conductos biliares provocando una mayor amplitud de los mismos y facilitando la excreción de los tóxicos. Los enemas servirían además para lavar y limpiar completamente las paredes del intestino, quitar la mucosidad anormal y vaciarlo. La limpieza del colon facilita la eliminación de residuos.

"De los centenares de pacientes de Kelley que entrevisté durante mi estudio -afirma González- todos ellos me informaron del alivio sintomático significativo que experimentaban con los enemas. En mi propia práctica mis pacientes me informan de ese mismo bienestar y del alivio de los síntomas después de un enema de café. Y los enemas, por nuestra experiencia, parecen ser seguros. No tengo documentado ningún efecto colateral serio en los miles de pacientes de Kelley que evalué ni en mi propia experiencia. Sin embargo, no animo a nadie a intentar aplicarse los enemas de café salvo si lo hace bajo la supervisión de un profesional". En cualquier caso -añadiremos nosotros-, ni los enemas de café, ni ningún otro de los elementos citados a nivel informativo en este artículo deben utilizarse sin la supervisión de profesionales debidamente preparados.

Para terminar diremos que aunque González no lo ha asumido como parte de su método terapéutico, el programa de Kelley buscaba influir sobre el sistema nervioso autónomo del paciente y aconsejaba trabajar también sobre el lado "espiritual" del enfermo. Cada vez está más constatado que muchas técnicas -incluyendo el Zen, el yoga, la meditación y algunas formas de oración- ofrecen a menudo como repuesta fisiológica una relajación que se caracteriza por una disminución del metabolismo, de la frecuencia cardíaca y respiratoria, de la tensión sistólica y diastólica, y de las ondas cerebrales alfa, theta y delta. Todo ello contribuye a un mayor bienestar. Así pues, formen parte o no de un tratamiento está claro que cualquiera de estas técnicas es recomendable para el bienestar físico y mental de una persona.

El método *Kelley-Gonzalez* supone, en definitiva, un cambio total en la vida de cada enfermo que se ve obligado a romper con sus hábitos y costumbres para buscar una solución a la enfermedad y asumir de forma activa su mejoría.

ENTREVISTA CON NICHOLAS GONZALEZ

Antes de dar por concluido este texto quisimos saber cómo se hallaba, en el momento de cerrar esta edición, el estudio que el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos tiene en marcha sobre el

método de Nicholas González, según explicamos al empezar este artículo. Tales fueron sus respuestas:

-El estudio -nos diría- continúa desarrollándose en la Universidad de Columbia (Nueva York) bajo la dirección del Dr. **Chabot**. Esperamos que esté terminado para dentro de dos años. Tenga en cuenta que los ensayos clínicos siempre avanzan despacio y a veces puede llevar hasta cinco años conseguir un estudio clínico terminado. En nuestro caso el estudio comenzó lentamente por distintas razones. Y es que ha sido la primera vez que el Instituto Nacional del Cáncer se ha involucrado realmente con un tratamiento de tipo alternativo por lo que hubo mucho trabajo que hacer hasta que el estudio quedó preparado a plena satisfacción de todos. En suma, sigue adelante.

-¿Cuál es actualmente la situación legal de su tratamiento?

-En Estados Unidos no hay ningún problema legal con su práctica. Sé que en Europa, debido al *Codex Alimentarius*, el suministro de suplementos es cada vez más difícil pero aquí, por el momento, no hemos tenido ningún problema. La terapia se lleva a cabo a diario sin dificultad. Y debo decirle que las enzimas siguen funcionando tan bien como lo han hecho desde el principio. Los resultados en nuestra práctica global son realmente buenos desde hace cinco años.

-La decisión del Instituto Nacional del Cáncer de llevar a cabo un estudio sobre su método de tratamiento y las enzimas pancreáticas, ¿ha modificado la opinión de la oncología oficial sobre el mismo?

-Creo que la involucración del Instituto Nacional del Cáncer en el ensayo clínico ha tenido efectos sobre las convicciones de algunos oncólogos pero no ciertamente sobre la mayoría. En cambio, estamos empezando a ver cambios en su actitud hacia nuestro trabajo. También es verdad que como cada vez es mayor el número de pacientes nuestros que experimentan mejoría es normal que los oncólogos se muestren cada vez más interesados en lo que estamos haciendo.

-¿Están disponibles en el mercado las enzimas que usted utiliza?

-Las enzimas que utilizamos sólo están disponibles para nuestros pacientes puesto que nosotros no queremos que los pacientes se traten a sí mismos con ellas. El tratamiento enzimático debe involucrar a doctores experimentados en su uso. El nombre de la compañía que elabora el producto es *Pancreas Glandular Tissue* y las elabora bajo nuestras especificaciones. Dicho lo cual debo añadir que hoy por hoy no pueden adquirirse ya que nos las comercializamos.

-¿Por qué enzimas pancreáticas de cerdo?

-Simplemente porque parecen funcionar muy bien. Recuerde que durante décadas los médicos usaron con gran éxito la insulina del

cerdo para tratar diabetes. Además se puede disponer de ellas fácilmente en grandes cantidades y, desde luego, son bastante baratas comparadas con la quimioterapia. No obstante, a todos nuestros pacientes les damos ciertos nutrientes para ayudar a su páncreas a mejorar su rendimiento y aumentar su propia producción de enzimas.

-Una última pregunta: ¿el tratamiento que usted utiliza es válido para todos los enfermos de cáncer o sólo para los de páncreas?

-Nosotros tratamos todos los tipos de cáncer. Desde un cáncer de cerebro a leucemia. Las enzimas parecen trabajar igualmente contra todos ellos y sus metástasis. Son muchos los pacientes que vinieron hasta nosotros con cánceres muy extendidos y que tras seguir el tratamiento pudieron constatar cómo sus tumores disminuyeron de tamaño.

Antonio F. Muro

Fernando Chacón y las enzimas del Bio-Bac

Es realmente interesante comprobar cómo la base científica del ensayo clínico que tiene en marcha el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos -del que hablamos en el reportaje- parte de los descubrimientos de **John Beard** en 1911 sobre el carácter dextrógiro de las proteínas tumorales. Particularidad ésta que sólo tienen las células cancerígenas y no las células sanas como luego demostraran también **Kogl** y, en España, **Obdulio Fernández**. Descubrimiento que, junto a otros trabajos, abrió la puerta del estudio de las enzimas proteolíticas como herramientas terapéuticas para destruir esas proteínas. Pues bien, lo que nadie se preguntó desde entonces es de dónde proceden esas proteínas dextrógiras de las células cancerígenas si el cuerpo humano no tiene capacidad de sintetizarlas. Nadie...

excepto el farmacéutico, microbiólogo e investigador español **Fernando Chacón** ya que fue precisamente el descubrimiento de Beard lo que le hizo plantearse esta pregunta -como él mismo reconoce en la página 129 de su libro *Pribios o enzimas vivientes*- y dedicar toda su vida a encontrar la respuesta. Averiguando, tras muchos años de estudios, que esas proteínas de las células cancerígenas proceden de los bacilos aerobios esporulados y que su destrucción conlleva la destrucción de la célula tumoral. ¡Ese es el gran descubrimiento de Fernando Chacón y tal la base científica, demostrada y demostrable, del *Bio-Bac*!

Y entienda el lector que no se trata de una mera "coincidencia anecdótica". En los últimos años se han desarrollado numerosos

trabajos que avalan la veracidad y trascendencia del descubrimiento de Fernando Chacón efectuado ¡hace más de cuarenta años! En un próximo número comentaremos los más recientes descubrimientos en el campo de la Proteómica, recibidos con alborozo por una comunidad científica que ve en ellos la posible solución al cáncer, y comprobaremos cómo no hacen más que confirmar -unos tras otros- lo ya escrito y demostrado por Fernando Chacón. Y como anticipo, una muestra: el premio Nobel de Química acaba de ser concedido hace sólo unos días a dos científicos israelíes y otro norteamericano "*por haber iniciado una vía que podrá conducir en el futuro a lograr una vacuna contra el cáncer gracias a su estudio sobre las proteínas de las células tumorales*". **¡Cuando ese estudio ya está realizado, la vía explorada y la vacuna conseguida!**

¡Lástima que el recientemente fallecido D. Fernando Chacón fuera español! Es obvio que si no hubiera nacido aquí hace ya mucho que le habrían dado el Nobel .

Dr. Fermín Moriano



Cáncer: ¿qué es y qué lo causa? (XXVIII)

EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CON ENZIMAS

Las enzimas son un tipo de proteínas que tienen la facultad de, permaneciendo inalterables, aumentar notablemente la velocidad de las reacciones químicas de las sustancias de su entorno. Es decir, son biocatalizadores específicos que se caracterizan porque son eficaces en cantidades pequeñas. Pues bien, son numerosos los estudios que demuestran su eficacia en la mayor parte de las llamadas enfermedades pero, sobre todo, en casos de cáncer. Se lo explicamos en detalle.

Las enormes posibilidades terapéuticas de las enzimas apenas son conocidas por la mayoría de los médicos. Sin embargo, quienes se han dedicado a su investigación las consideran "la fuente de la vida". Y es que hablamos de las unidades bioquímicas esenciales que regulan todo lo que pasa en nuestro organismo, cada una de sus operaciones

metabólicas, coordinando la actividad física, mental y emocional. De hecho, cuando en nuestro cuerpo disminuye la actividad enzimática lo hace también la eficacia de todos los sistemas. Las enzimas intervienen en todos los procesos y, por tanto, cuando su actividad se detiene también nosotros nos detenemos y morimos.

En su libro *Alternativa a la aspirina* los doctores **Michael Loes** y **David Steinman** llegan por ello a afirmar: *"Las enzimas son sustancias completamente naturales a las que muchos expertos en salud consideran la medicina del futuro. Si usted sufre dolor crónico por artritis o cáncer, tiene lesiones o padece enfermedades vasculares, sufre problemas circulatorios, prostatitis, sinusitis, herpes, colitis ulcerosas, la enfermedad de Crohn u otras condiciones inflamatorias... las enzimas orales sistémicas demostrarán ser el elixir que su cuerpo está pidiendo"*. Una aseveración especialmente sorprendente porque rara vez -por no decir nunca- los médicos recomiendan el consumo de complejos enzimáticos.

FUENTES DE VIDA

Las enzimas son moléculas proteicas -es decir, proteínas- formadas por largas cadenas de aminoácidos. Y todos los procesos metabólicos y reacciones químicas del organismo dependen de ellas porque son las encargadas de su activación o desactivación. Así, cuando se requiere la producción de una determinada sustancia la célula activa la enzima correspondiente y ésta se encarga de producir la sustancia. Luego, una vez se posee la cantidad suficiente de la misma su producción vuelve a bloquearse. Pues bien, en la activación o desactivación de una enzima pueden llegar a intervenir auténticas cascadas de enzimas conectadas sucesivamente. En la coagulación sanguínea, por ejemplo, se requiere la activación de al menos cuatro enzimas para que la trombina llegue finalmente a formar el coágulo destinado a detener la hemorragia. A su vez, la desintegración del coágulo por la acción de la *plasmita* precisa la activación de otras cinco enzimas. Sirva esto sólo como sencillo ejemplo de la importancia que tienen estas moléculas para el correcto funcionamiento de nuestro organismo.

Actualmente se conoce la función de cerca de 3.000 de las enzimas existentes en nuestro organismo. Y como quiera que según los expertos tenemos más de 50.000 es obvio que aún estamos en este ámbito bastante desinformados. Lo que no obsta para que, tras décadas de investigación, se sepa que muchas patologías aparecen cuando el delicado equilibrio del que las enzimas son consecuencia y a la vez causa se rompe, y el organismo deja de producir una determinada enzima o lo hace en cantidades insuficientes.

Las enzimas, obviamente, se clasifican en función de las reacciones que catalizan. Y según la *Enzyme Commission* de la Unión Internacional

de Bioquímica pueden dividirse en seis tipos:

- ▶ **1)** Las *oxidoreductasas*. Posibilitan la oxidación y reducción biológicas.
- ▶ **2)** Las *transferasas*. Transfieren grupos químicos de una molécula a otra.
- ▶ **3)** Las *hidrolasas*. Pueden ser de tres clases: *esterasas*, *glucosidasas* y *proteasas*. Las primeras se encargan de desmenuzar los lípidos o grasas, las segundas los glúcidos o hidratos de carbono y las terceras los alimentos proteicos.
- ▶ **4)** Las *liasas*. Establecen dobles enlaces entre átomos.
- ▶ **5)** Las *isomerasas*. Trasladan grupos químicos dentro de la misma molécula. Y,
- ▶ **6)** Las *ligasas*. Sintetizan compuestos químicos consumiendo energía. Ahora bien, las enzimas que primordialmente se utilizan hoy con fines terapéuticos son las hidrolasas proteolíticas o proteasas que se encuentran tanto en el mundo vegetal como en el animal. Y se diferencian por la temperatura y el grado de acidez (PH) a las que desarrollan su actividad óptima.

Desde hace aproximadamente cuarenta años se estudian especialmente las extraídas de algunos vegetales -la bromelina, la papaína, la amilasa y la lipasa- y algunos mamíferos -la tripsina, la quimotripsina y la pancreatina-. Pronto se comprobó "in vitro" que algunas podían destruir las células cancerosas. Luego, con el tiempo, se constató que sus aplicaciones eran en realidad extraordinariamente variadas, sobre todo por su condición de inmunomoduladores (modificadores de la respuesta biológica-MRB), sustancias activas que se interrelacionan de varias maneras con el sistema inmunitario. De hecho, hoy sabemos que pueden actuar aumentando las defensas del organismo -*efecto inmunoestimulante*-, reparándolas -*efecto inmunorreparador*- o inhibiéndolas -*efecto inmunosupresor*-. Por eso se utilizan con frecuencia para amortiguar componentes hiperactivados del sistema inmunitario o para estimular otras zonas.

Recordemos que nuestro sistema inmunitario reacciona constantemente a las más diversas influencias del entorno y que en cada ocasión la reacción inmunitaria está acompañada de una alteración en el equilibrio del sistema que, por lo general, el organismo es capaz de reestablecer a través de una serie de mecanismos controlados por enzimas.

Las enzimas son, pues, la condición previa para el mantenimiento del equilibrio de todos los sistemas que intervienen en defensa del organismo. Por esa razón la ingesta de enzimas proteolíticas o proteasas es uno de los métodos terapéuticos más importantes de la Enzimoterapia Sistémica -es decir, de su aplicación global en el organismo- siendo su actividad positiva fácilmente constatable cuando

las defensas están bajas debido a situaciones de estrés, inflamaciones agudas o crónicas, vasculopatías, enfermedades malignas como el cáncer o infecciones víricas. De hecho, los complementos elaborados con mezclas enzimáticas figuran hoy en todo el mundo entre los productos más innovadores y de mayor éxito en el tratamiento de muy diversas patologías, entre ellas el cáncer.

CONSUMO Y EFECTOS GENERALES

Las enzimas se pueden consumir oralmente o introducirlas a través del recto. Al principio se pensó que los jugos gástricos las destruían o que no se absorbían bien en el intestino pero actualmente se sabe que no es así. Y su principal ventaja es que carecen de efectos secundarios negativos. Su único inconveniente es que deben ingerirse en grandes cantidades porque es difícil introducir el número suficiente de las enzimas que se precisan para un tratamiento en una sola gragea. La enzima *tripsina*, por ejemplo, tiene un peso molecular de 24.000 mientras el del ácido acetilsalicílico es de 200. De ahí que un comprimido pequeño pueda contener el número suficiente de moléculas de ácido acetilsalicílico para aliviar una cefalea. En cambio, si la molécula de aspirina fuera del tamaño de la tripsina sería necesario ingerir aproximadamente 200 comprimidos para conseguir el efecto buscado.

Es su único "inconveniente" pero fácilmente asumible ya que la ingesta masiva de enzimas carece de efectos negativos.

En cuanto a los principales efectos terapéuticos de las enzimas proteolíticas son -según uno de los principales investigadores de las mismas, el doctor **Heinrich Wrba**, del *Austrian Cancer Research Institute*, centro perteneciente a la Universidad de Viena- las siguientes:

- ▶ **1) Inhiben la inflamación y reducen la tumefacción.** Para lo cual:
 - degradan fragmentos celulares y mediadores de la inflamación.
 - degradan las moléculas proteicas que se desplazan desde el torrente sanguíneo hasta los tejidos causando edemas.
- ▶ **2) Mejoran la fluidez de la sangre.** Lo que consiguen porque:
 - aumentan la elasticidad de los eritrocitos.
 - inhiben la agregación plaquetaria.
 - incrementan la actividad fibrinolítica en la sangre.
 - aceleran la degradación de los inmunocomplejos.
 - inhiben la acción destructora celular de la cascada del complemento.
 - estimulan la fagocitosis.
- ▶ **3) Actúan regulando el sistema inmunitario.** Y es que:
 - inhiben la formación de moléculas de adhesión.
 - condicionan de forma positiva las células inmunitarias del sistema

fagocítico mononuclear.

- regulan el equilibrio de sustancias que actúan como mensajeros celulares, tales como el Factor de Necrosis Tumoral y la interleuquina.
- activan los macrófagos y las células asesinas naturales.

LAS ENZIMAS Y EL CÁNCER

La verdad es que los hombres se han servido de las enzimas desde tiempos remotos. Hace mucho tiempo ya que se descubrió que un simple zumo de uva o de cereales podía transformarse, a través de la fermentación, en un líquido de degustación placentera... y curativa. En Centroamérica y América del Sur, por ejemplo, se usan desde hace mucho tiempo las hojas y el fruto de plantas como el melón o la piña como medicinas. Es más, todas las culturas tradicionales han usado emplastos vegetales en sus artes curativas aprovechando así las posibilidades de las enzimas vegetales y provocar reacciones del sistema inmunitario. Aunque no sería hasta comienzos del siglo XX cuando el estudio científico de las enzimas en el tratamiento del cáncer recibió el impulso que necesitaba... a pesar de las constantes trabas del oficialismo médico que continúa incluso hoy. Porque fue entonces cuando el embriólogo **John Beard** publicó *The Enzyme Treatment of Cancer and Its Scientific Basis*, obra en la que explicaba el uso de las enzimas digestivas como agentes anticancerígenos. En él sostenía que las enzimas producidas por el páncreas constituían la primera línea de defensa del cuerpo humano frente al cáncer en base a lo que denominó *Teoría Trofoblástica* según la cual las células cancerígenas son de la misma naturaleza que las células trofoblásticas encargadas de elaborar la placenta para la instalación del embrión: invasivas, corrosivas y metastásicas (*vea el lector de forma más extensa en nuestra web lo publicado al respecto en nuestro número anterior*).

El caso es que Beard suministró a sus enfermos de cáncer jugo depurado extraído del páncreas de animales, bien aplicándolo directamente en la zona donde se localizaban los tumores malignos, bien inyectándolo en vena. Sólo que, como ya explicamos el mes pasado, su teoría fue rechazada porque los médicos que pretendieron imitarle no consiguieron los mismos resultados. Claro que, a la luz de lo que un siglo después sabemos, resulta que estaban cometiendo un grave error. Beard elaboraba siempre su extracto con páncreas fresco de corderos y terneros recién sacrificados asegurándose así de que el jugo obtenido poseyera una elevada actividad enzimática. Quienes trataron de imitarle, por el contrario, utilizaron extractos de páncreas elaborados horas o días antes ignorando que las enzimas pierden su actividad en poco tiempo. Por eso sus colegas, ignorantes de ese hecho, se limitaron a rechazar sus teorías y resultados.

Afortunadamente a mediados del pasado siglo XX el uso de enzimas

para tratar el cáncer volvió a coger impulso gracias a los trabajos de **Max Wolf** -catedrático de Medicina en la *Fordham University* de Nueva York- quien descubrió que la adición de enzimas en la sangre de personas enfermas de cáncer restablecía su función destructora de las células cancerosas. Comprobando además que la combinación de distintas enzimas proteolíticas -de procedencia tanto vegetal como animal- permitía aumentar considerablemente ese efecto. Aquellas combinaciones enzimáticas, optimizadas después de múltiples y elaborados ensayos, se denominarían más tarde *WoBe* (las dos primeras letras de los apellidos de Wolf y **Hellen Benítez**, su principal colaboradora). Wolf observó además efectos positivos de su tratamiento enzimático en otros procesos patológicos como enfermedades vasculares, linfedema, herpes zoster, cicatrización de heridas e inflamaciones. Y dio a conocer los resultados obtenidos en muchas publicaciones así como en su libro *Enzimoterapia* (Viena 1970). Está de más decir que sus investigaciones abrieron un amplísimo campo de investigación, sobre todo en Europa donde quizás la figura más representativa sea el doctor **Karl Ransberger**, director del *Instituto Médico de Investigación Enzimática* de Munich y cabeza de uno de los principales laboratorios mundiales dedicados a las combinaciones enzimáticas.

MECANISMOS DE ACTUACIÓN

Aunque la Enzimoterapia es especialmente útil en la prevención primaria (aparición del tumor) y secundaria (recidivas) los efectos activadores y reguladores de las enzimas sobre el sistema inmunitario son útiles en todas las fases de la enfermedad cancerosa. "Hay -afirma ya mencionado doctor Heinrich Wrba- dos tipos de terapia para el tratamiento inmunológico del cáncer: incrementar el reconocimiento de las células tumorales por el sistema inmunitario -es decir, su inmunogenicidad- y fortalecer y estimular las diversas partes del sistema inmune. Pues bien, las enzimas proteolíticas pueden jugar ese papel en ambos aspectos ya que aumentan la inmunogenicidad de las células tumorales y, al mismo tiempo, apoyan el sistema inmune a distintos niveles". En suma, según sus explicaciones las enzimas actúan, por un lado, frente a la célula tumoral:

- a) Alterando las moléculas de superficie de la membrana celular.
- b) Liberando los antígenos de la célula tumoral.
- c) Disminuyendo la capacidad de adhesión de las células tumorales.

Y por otro, consiguiendo una mayor eficacia del sistema inmunitario mediante:

- a) La degradación de los inmunocomplejos circulantes (eliminación de los "factores bloqueantes" de la actuación del sistema inmune).
- b) El aumento de la fagocitosis (eliminación de los "factores

bloqueantes").

c) La activación de los macrófagos y células asesinas naturales (ataque directo contra las células tumorales).

d) La secreción de sustancias mensajeras celulares (FNT, interleuquina). e) La inhibición de las moléculas de adhesión responsables de las metástasis y el aumento de la fibrinolisis.

Conviene explicar que uno de los planteamientos propuestos por la Oncología es que las células tumorales se vuelven invisibles al sistema inmune mediante modificaciones en la membrana celular y la segregación de factores bloqueantes. Y en esa línea de *camuflaje* hay que señalar que una de las características de las células cancerosas es su viscosidad. Por eso las personas enfermas de cáncer son más propensas a las trombosis, embolias y flebitis. Cuanto mayor es la tendencia del tumor a formar metástasis mayor es la capacidad de adherencia de las células y la razón podría ser que las células cancerosas utilicen "fibrina" para camuflarse enmascarando así su condición de células malignas. Ello significaría que la degradación de la fibrina no sólo impide la formación de metástasis sino que, al mismo tiempo, expone a las células cancerosas a los sistemas de defensa del organismo. Es decir, las enzimas proteolíticas disminuyen la capacidad adhesiva de las células cancerosas e inhiben de esa manera el crecimiento invasivo y la formación de metástasis en distintas patologías cancerosas.

INCIDENCIA EN EL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL

El otro sistema de ocultamiento utilizado por las células cancerosas es el desprendimiento de señuelos, moléculas superficiales que se unen con anticuerpos específicos formando *inmunocomplejos* que confunden y paralizan a las células inmunitarias. Han sido denominados por los investigadores *factores bloqueantes* porque bloquean el sistema de depuración, no se eliminan por medio de la fagocitosis y permanecen en el tejido o circulando en la sangre o en la linfa. Estos *inmunocomplejos* presentes en la sangre, la linfa y el tejido tumoral desempeñan un papel determinante en múltiples cánceres. Este aspecto ha sido investigado particularmente en los linfomas, reticulosis, hemoblastosis y carcinomas de mama, pulmonar y gástrico así como en toda una serie de carcinomas de colon, páncreas, ovarios y en los melanomas. Pues bien, está demostrado que la Enzimoterapia Sistémica desdobra los inmunocomplejos y activa su degradación intensificando la fagocitosis.

La célula tumoral también utiliza señuelos para evitar otra de las armas de nuestro sistema inmune: el Factor de Necrosis Tumoral (FNT), una molécula relativamente pequeña segregada por los macrófagos capaz de destruir las células cancerosas. Sin embargo,

resulta que el FNT pierde su eficacia cuando estas moléculas se agrupan formando estructuras mayores (polímeros) o cuando se fijan a receptores que, como señuelos, se han desprendido ya de las células tumorales. Como las enzimas se fijan en la sangre a proteínas de transporte -la más importante de las cuales es al mismo tiempo responsable del control y regulación de la acción del FNT- a través de la acción conjunta las enzimas proteolíticas son capaces de regular el metabolismo alterado de estas sustancias mensajeras celulares. Además rompen la unión bloqueante de las moléculas de FNT o polímeros de FNT recuperando así sus funciones citotóxicas. También actúan las enzimas sobre los factores de crecimiento tumoral. El doctor **Lauer** demostró en *Cancer Chemother Pharmacol* (2001) que la ingesta oral de proteasas -tripsina, quimotripsina, papaína o bromelina- es beneficiosa en pacientes con cáncer, cuando se encuentran presentes en cantidades elevadas, al reducir el nivel de factores de crecimiento tumoral. Estudios complementarios efectuados por la doctora **Lucía Desser** -de la Universidad de Viena- demostraron que las enzimas proteolíticas reducen además el TGF-beta, factor de crecimiento tumoral presente en muchos procesos cancerígenos.

MOLÉCULAS DE ADHESIÓN

Otro factor que puede combatirse con las enzimas es la capacidad de adhesión a las paredes vasculares de las células cancerosas para iniciar una metástasis para lo cual se sirven de unas sustancias adhesivas llamadas moléculas de adhesión. Sólo cuando la célula cancerosa ha establecido contacto con el endotelio a través de esta molécula está en situación de infiltrarse y desarrollar una metástasis. Respecto al melanoma maligno, la molécula de adhesión es la *vitronectina*. Bueno, pues la doctora Desser logró demostrar que las enzimas bloquean la adhesión por medio de la suspensión de la formación de *vitronectina* en la superficie celular impidiendo así la metastatización. Igualmente en el carcinoma de mama y colon tiene importancia la molécula de adhesión CD44. Pues bien, el doctor berlinés **Rudolf Kunze** demostró que las enzimas proteolíticas modifican esta molécula de adhesión hasta el punto de inhibir la metástasis.

Otra investigación realizada en 1997 por **Tibor Harrach** y **Frank Gebauer** sobre la capacidad de varias enzimas proteolíticas para modular la molécula de adhesión CD44 -fundamental también en el proceso de progresión del tumor y posterior metástasis- reveló que *"las enzimas proteolíticas -como la bromelina, la papaína y la quimotripsina- pudieron modular la molécula CD44 en las células de origen de la leucemia así como en las líneas celulares de melanoma y carcinoma mamario. El efecto más pronunciado se consiguió utilizando*

la bromelina. Pero el tratamiento de proteasas no sólo redujo la concentración de epítopes (lugares de anclaje) de CD44 en la superficie de células del tumor: los resultados implican que el tratamiento con las enzimas proteolíticas podría ser útil para reducir la conducta metastásica de las células malignas". En un estudio del año 2001 **M. Wald** confirmó esta disminución de CD44 y CD54 demostrando además que una mezcla de enzimas podía reducir la formación de metástasis de melanoma B16 al tiempo que el tiempo de supervivencia se alargaba significativamente. Concluyendo que la serina y la cisteína son capaces de inhibir la metastatogénesis.

MÁS ALLÁ DE LA INVESTIGACIÓN

Las enzimas proteolíticas, además de bloquear los mecanismos de escape, aumentan la capacidad de las principales células de defensa del sistema inmune -macrófagos, células asesinas naturales y linfocitos T- encargadas de reconocer las células cancerosas a través de las moléculas de superficie y destruirlas.

A nadie puede extrañar, en suma, que hoy las enzimas se usen ampliamente como terapia complementaria en el tratamiento del cáncer. Datos clínicos objetivos apoyan su eficacia en tumores de cerebro, tumores epiteliales en la región de la cabeza y el cuello, cáncer de pulmón, melanoma maligno, mieloma múltiple, leucemia, linfoma de células T, cáncer de estómago y colon, enfermedades cancerosas del abdomen, cáncer pancreático y tumores en la cerviz, pecho y útero. Los beneficios se extienden a la prolongación de la vida, la mejora de su calidad y una clara mejoría en los marcadores tumorales.

"Yo he visto un tercio de casos de cáncer pancreático -ha llegado a asegurar Wrba- completamente curado frente a aproximadamente dos tercios que no han respondido bien lo que para este tipo de cáncer es un resultado excelente. Basado en la experiencia, el resultado para la mayoría de los pacientes es una mejoría con la terapia sistémica de enzimas orales. Las enzimas son mi medicina adyuvante favorita para cualquier tipo de cáncer. Eso sí, es esencial tomarlas en dosis muy altas. Nosotros logramos el efecto beneficioso con 30 píldoras tres veces al día".

Hay que agregar que en esta misma línea están los trabajos ya citados en esta revista del doctor **Nicholas González** que tiene publicados en *Nutrición y cáncer* (lea el artículo aparecido en el **nº 66**) y que han dado lugar a la puesta en marcha de un estudio del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos sobre la eficacia de las enzimas digestivas. González explicó que después de un año de tratamiento con grandes dosis de enzimas pancreáticas porcinas -ingeridas oralmente-, suplementos nutritivos, procedimientos de desintoxicación

y una dieta orgánica el 81% de los pacientes que sufrían en fase inoperable adenocarcinomas pancreáticos -en grados III y IV- habían sobrevivido un año, el 45% sobrevivió 2 y el 36% lo hizo 3 años. Estos resultados mejoran espectacularmente las cifras de supervivencia oficiales: un 25% de supervivencia durante un año y un 10% de supervivencia a dos años para todas las fases de adenocarcinoma pancreático.

Pero no sólo hay registrados buenos resultados en los casos de páncreas. Sobre los efectos de las enzimas en el caso de cáncer de colon un trabajo publicado en *Cáncer, Chemotherapeutics and Pharmacology* informa que los pacientes tratados de cáncer de colon con enzimas orales experimentaron una significativa reducción de los síntomas asociados a la enfermedad. Así lo afirma el director de la investigación **Tadeuz Popuela**, del *Department of General Gastroenterological Surgical Clinica* de Cracovia (Polonia). Al mismo tiempo se redujeron las reacciones adversas a los tratamientos convencionales: radioterapia y quimioterapia.

También existen estudios sobre la eficacia en el tratamiento de la hepatitis C, en muchos casos causa de cáncer hepático. En un estudio comparativo de posibles tratamientos del Departamento de Hepatología, Gastroenterología y Enfermedades Infecciosas del *Hospital Universitario Benha* de El Cairo la conclusión fue que los mejores resultados se dieron en el grupo tratado con una combinación de enzimas hidrolíticas más el flavonoide *rutosid* por delante del grupo tratado con *interferón-a* o con *ribavirin*.

Y aún podríamos mencionar más estudios que apuntan en la misma dirección de eficacia de las enzimas como los de **S. Batkin** en el *Journal Cancer Research Clinical Oncology* (1998) -en el que se demuestran los efectos antimetastásicos de la bromelina y otras enzimas proteolíticas en pacientes de cáncer- o los de **E. Grabowska** en el *Internacional Journal of Clinical Oncology* informando de la eficacia de la bromelina para suprimir el crecimiento, invasión y metástasis pulmonar de melanoma B16F10 en células de ratón. Algunos investigadores han utilizado las enzimas en combinación con otras sustancias naturales. El doctor **Wolfgang Scheef** y el doctor **Hans Hoefer-Janker**, responsables del desarrollo de tres agentes anticancerígenos -la *ciclofosfamida* (o *Cytoxan*), la *isofosfamida* y la *A-Mulsin* -una emulsión concentrada de vitamina A que se administra en enormes cantidades-, desarrollaron un complejo de enzimas cuidadosamente equilibrado que utilizan de forma coadyuvante en ciertos tipos de cáncer conscientes de que las enzimas proteolíticas y la vitamina E pueden conducir a la involución de los tumores benignos del tejido conectivo (fibromas) e, incluso, del carcinoma de mama. En esta misma línea decidieron ensayar también con enzimas y vitamina

E en casos de mastopatías (nódulos no cancerígenos de mama). El éxito fue sorprendente y después de sólo seis semanas el 85% de las pacientes estaban asintomáticas. En muchas de ellas se confirmó la involución completa de las alteraciones nodulares.

En un caso extremo, Scheff llegó a inyectar varias ampollas de enzimas líquidas en el adenocarcinoma de una mujer de cincuenta y cinco años y el tumor, del tamaño de un melón, se redujo rápidamente rezumando un líquido purulento compuesto de células de cáncer muertas. Dos años después la mujer estaba totalmente libre de cáncer. Una experiencia muy similar a la que tuvo el doctor **Harold Manner** quien llegó a ser responsable de la sección de Biología de la *Universidad de Loyola* (Chicago), puesto que tuvo que abandonar al defender sus teorías sobre el uso de la vitamina B17 y las enzimas en la lucha contra el cáncer. Manner usó una combinación de vitamina A, un complejo de enzimas y vitamina B17. Sus resultados fueron publicados en su libro *La muerte del cáncer*. Después de seis u ocho días apareció una ulceración en el tumor de la que salió un líquido parecido a pus (*lea el lector lo publicado en el número 64 de la revista respecto del **tratamiento del cáncer con vitamina B17***). Un examen de este fluido también reveló en este caso la presencia de células cancerosas muertas. Los tumores sufrieron una regresión completa de forma gradual en el 75% de los animales. Esto representó el 89% del grupo total. Los otros 9 animales mostraron sólo una regresión parcial. Cuando Manner repitió su experimento probó combinaciones diferentes de vitaminas, enzimas y B17. Y según sus resultados la vitamina B17 tomada sola apenas tenía efectos apreciables pero su ingesta junto con las de enzimas multiplicaba enormemente la eficacia. Era mucho mayor que la de ambos productos tomados separadamente

QUIMIO-RADIO Y ENZIMAS

Absurdamente ignorada por los médicos, la administración de enzimas tiene también gran importancia como coadyuvante en los tratamientos de quimioterapia y radioterapia. No sólo porque su ingesta disminuye los efectos secundarios sino también por el aumento que se consigue en las expectativas de vida. En una importante investigación, el profesor **Beaufort** -de la *Universidad de Graz*- demostró que la administración simultánea de preparados enzimáticos de combinación reducía de forma muy significativa los efectos secundarios de la radioterapia. Los pacientes toleraban el tratamiento mucho mejor. Este efecto protector de las enzimas proteolíticas se extiende también a las inflamaciones de las mucosas como consecuencia de la administración de radioterapia en la cavidad oral. **M. Gujral**, en un trabajo titulado *Eficacia de las enzimas hidrolíticas en la prevención de*

efectos colaterales inducidos por la radioterapia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello y P. Dale en otro titulado Comedicación con enzimas hidrolíticas en la radioterapia de cáncer de cerviz y uterino: evidencia de la reducción de efectos colaterales agudos demostraron igualmente que las enzimas representan un gran alivio para los pacientes sometidos a los habituales tratamientos de radioterapia, como mucositis o irritación y ulceración de las células mucosas que revisten el tracto digestivo, reacciones superficiales y disfagia, dificultad para tragar en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y cáncer de cerviz uterino.

Y hay muchos otros trabajos que certifican las posibilidades de las enzimas. En la conclusión de un estudio multicéntrico epidemiológico del *Institute for Scientific Evaluation of Naturopathy* de la Universidad de Colonia sobre tratamiento postoperatorio con enzimas orales puede leerse: *"El tratamiento complementario de pacientes de cáncer de pecho con enzimas orales mejora la calidad de vida reduciendo las señales y síntomas de la enfermedad y los efectos colaterales de las terapias antineoplásicas adyuvantes. Este análisis proporciona también evidencias de que los pacientes pueden beneficiarse de una prolongación de tiempo antes de una recidiva o una metástasis pero también de una mayor expectativa de supervivencia"*.

En resumen, los sorprendentes efectos de la ingesta de enzimas en pacientes con cáncer, sobre todo como terapia complementaria, han sido documentados además de por los organismos e instituciones ya citados en este artículo por la *American Medical Association*, la *American Heart Association*, la *Zoological Society of Philadelphia*, la *Tokyo Imperial University*, la *Cornell University*, la *John Hopkins University*, la *UCLA's School of Medicine*, la *Canadian Medical Association* y el *Russian Institute of Biochemistry*, por nombrar algunos más. Estas instituciones, colectivamente, ofrecen evidencias de que las enzimas son la principal causa y, al mismo tiempo, de curación de buena parte de las enfermedades. En otras palabras, la salud depende de la producción correcta y equilibrada de enzimas y la enfermedad de su destrucción. Y sólo estamos al principio de conocer las auténticas posibilidades de esta "fuente de vida".

Antonio F. Muro

Las enzimas digestivas

Recuadro Las enzimas digestivas Para los expertos en Enzimoterapia no hay duda de que las enzimas pancreáticas forman la primera línea

de defensa del cuerpo contra el cáncer. Siendo dos enzimas en particular -la tripsina y la quimotripsina- especialmente importantes. El problema es que hay muy diversas causas para una deficiente producción enzimática. Por ejemplo,

- La excesiva ingesta de comida. Todo exceso alimentario requiere una gran cantidad de enzimas pancreáticas para hacer la digestión lo que disminuye la producción de enzimas para luchar contra el cáncer.

- Una dieta incorrecta que requiera excesivo tiempo para su aprovechamiento nutricional.

- La falta de determinados elementos nutritivos -vitaminas, minerales, aminoácidos, etc.- absolutamente necesarios para el metabolismo normal del páncreas.

- La escasez de minerales en nuestra dieta ya que son esenciales para iniciar la actividad de las enzimas.

- El fracaso del intestino delgado a la hora de generar los activadores pancreáticos adecuados.

- La obstrucción del flujo de secreción pancreático.

- El deficiente o nulo suministro de sangre a determinadas áreas lo que impide la afluencia de enzimas a la zona.

- Un equilibrio inadecuado del pH (balance ácido/alcalino)) dentro del tracto intestinal y/o dentro de la masa tumoral.

- Infecciones bacterianas o virales.

- Los numerosos productos tóxicos presentes en la cadena alimenticia, los medicamentos, etc.

- La inestabilidad emocional y los fuertes traumas psicoemocionales.

- Los daños en el intestino delgado por diversas enfermedades que impiden la absorción de las enzimas.

- La inestabilidad y debilidad del sistema nervioso autónomo.

- La herencia genética.

Añadamos que la mejor manera de proteger nuestras enzimas digestivas es moderar al máximo el consumo de proteínas cárnicas, consumir productos vegetales ricos en enzimas y complementar nuestra dieta con suplementos vitamínicos, ortomoleculares y enzimáticos.



Cáncer: ¿qué es y qué lo causa? (XXIX)

CÓMO TRATAR EL CÁNCER CON LA MEDICINA SISTÉMICA

Decenas de miles de personas han sido tratadas ya en 30 unidades médicas de Venezuela y Puerto Rico con la llamada Medicina Sistémica mediante adaptógenos -plantas de constatadas propiedades terapéuticas que se caracterizan por potenciar notablemente el sistema inmunitario sin efectos secundarios- con la colaboración de otros procedimientos naturales (productos homeopáticos, bioelectricidad...). Se trata de médicos que actúan sobre el denominado "triángulo de la salud" de la Teoría Sistémica -*Inteligencia Biológica, Energía y Organización del organismo*- según el estado de cada paciente. Los resultados obtenidos en numerosas enfermedades -incluido el cáncer- serán presentados en Caracas este mes de enero durante el *I Congreso Internacional de Medicina Sistémica, G.D.V. y Electroterapia Oncológica*.

A lo largo de los últimos meses hemos compartido con nuestros lectores distintos puntos de vista sobre el origen y tratamiento del cáncer, normalmente ignorados -cuando no abiertamente rechazados- por una clase médica -la oncológica- que cree tener la verdad absoluta sobre una enfermedad tan escurridiza como poliédrica. En algunos casos incluso han conseguido contagiar de su intransigencia a las instancias judiciales. Así las cosas los tratamientos alternativos siguen siendo perseguidos en nuestro país y en muchas ocasiones la principal razón esgrimida para ello es que los que se autoproclaman "verdaderos médicos" -aquellos que se educan en las universidades y obtienen allí sus títulos guiados por la "verdadera ciencia"- ni pueden ni deben separarse de los "protocolos debidamente establecidos". Sin embargo, llegará el día en que hasta dentro del club de los autodenominados verdaderos médicos surjan quienes se aparten de la "línea oficial" y apuesten por otro tipo de tratamientos. De hecho cada vez hay más casos pero suelen vivir su contradicción en silencio, bajo amenaza de rechazo o aislamiento profesional y sin unir sus esfuerzos frente al sistema sanitario. Afortunadamente no ha sido así en Venezuela donde ha surgido un movimiento respaldado por médicos colegiados -y educados por tanto en la ortodoxia médica- que han decidido escoger un nuevo camino para afrontar las llamadas enfermedades, entre ellas el cáncer. Se conoce como Medicina Sistémica, se basa en métodos naturales -básicamente plantas- aplicados bajo nuevos criterios, se aplica ya en más de 130 centros autorizados de Venezuela y Puerto Rico, y utiliza productos debidamente registrados.

SON MÉDICOS, NO CHARLATANES

La simple propuesta de tratamientos nuevos en enfermedades como el

cáncer, la diabetes, las enfermedades renales y otras mucho menos graves suscita siempre la protesta de quienes no entienden ni aceptan otra medicina que la farmacológica. Afortunadamente, junto a aquellos que rechazaron la posibilidad que hoy comentamos, en esta ocasión el Colegio de Médicos del distrito metropolitano de Caracas emitió una nota que supuso el apoyo indirecto a la práctica de la Medicina Sistémica por médicos colegiados reconociendo así el derecho de los pacientes a optar, tras informarse, por tratamientos alternativos. El Colegio de Médicos de Caracas basaría su postura en el derecho a la salud como un derecho social fundamental (art. 83) y en el artículo que reconoce a los pueblos indígenas el derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. *"El Estado -dice la ley- reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos"* (art 122). Por otra parte, el artículo 58 de la Carta Magna venezolana establece -entre otras cosas- que toda persona tiene *"derecho a la información oportuna, veraz e imparcial"* (y, por cierto, también nuestra constitución ampara en su artículo 20 el derecho de los ciudadanos a estar informados). Pero aún hay algo más fundamental: el Colegio de Médicos de Caracas recuerda que el artículo 107 de la Ley del Ejercicio de la Medicina establece que: *"En el tratamiento del paciente el médico puede emplear nuevos procedimientos terapéuticos si después de un juicio cuidadoso considera probable el reestablecimiento de la salud o el alivio del sufrimiento"*.

Sentada su argumentación jurídica, la nota -en un lenguaje calculadamente ambiguo tras el que trata de explicar aquello que considera inevitable sin violentar la opinión de aquellos que muestran reticencias- dice: *"Estamos frente a un hecho cierto: un grupo de médicos graduados en universidades venezolanas, inscritos en los colegios de médicos que les corresponde y, por ende, miembros de la Federación Médica Venezolana han decidido reunirse y constituir la Sociedad Venezolana de Medicina Sistémica. Los colegas afirman que la Medicina Sistémica posee como marco teórico metodológico considerar al ser humano como un sistema viviente que cuenta con energía, inteligencia reguladora y organización, y utilizan fármacos sintéticos (debidamente registrados en el MSDS) y plantas superiores con efectos medicinales denominados adaptógenos, los cuales están igualmente permitidos por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social"*. La nota continúa afirmando que la Junta Directiva del Colegio analizó la situación existente a partir de los casos presentados, la lectura de los comunicados emitidos por distintas instituciones, la revisión de la bibliografía existente y el testimonio de distintos médicos. *"Es oportuno señalar -añade la nota- que los miembros de la Sociedad Venezolana de Medicina Sistémica que han asistido a la convocatoria*

del Colegio siempre han expresado su deseo de generar el debate científico e inclusive lo han solicitado públicamente en prensa nacional. En opinión de la Junta Directiva del Colegio lo conducente es realizar el análisis científico dentro de un ambiente de búsqueda de la verdad. Ello obliga a las facultades de las Ciencias de la Salud, a la Academia Nacional de la Medicina, a las sociedades científicas, a la Federación Médica Venezolana y a los colegios de médicos a organizar y participar en los foros que se convoquen para analizar la Medicina Sistémica y los posibles efectos terapéuticos de los adaptógenos. Paralelo a ello, la Sociedad Venezolana de Medicina Sistémica debe iniciar el proceso de reconocimiento de la Medicina Sistémica como Especialidad Médica. No se debe ni se puede seguir negándole a los colegas involucrados en el campo de la Medicina Sistémica el debido proceso y, por tanto, su derecho a la defensa".

En definitiva, la puerta está abierta. Y habida cuenta de las tensiones internas que una situación como ésta provoca, la ambigüedad calculada, la invitación a buscar el reconocimiento como especialidad y la llamada al debate científico suponen de hecho un reconocimiento tanto del derecho a ejercer como del derecho a ser tratado con la Medicina Sistémica. "Si usted me pregunta -nos contestaba **José Olalde**, creador de la Medicina Sistémica- si las autoridades sanitarias comulgan al 100% con lo que hacemos le diré que la verdad es que todo avance tiene opositores. Algunos nos apoyan, otros se oponen. Pero los que se oponen no pueden hacer pues operamos dentro del marco legal". La argumentación marca un rumbo a seguir tanto allí como -¡ojalá!- a este lado del océano.

El doctor **Alex Márquez** -uno de los cincuenta y cuatro médicos que avalan con su nombre la práctica de la Medicina Sistémica y prestan su testimonio en el libro "Medicina Sistémica. El cáncer sí se cura" escrito por José Olalde- afirma en él: "La Medicina Sistémica deberá ser incluida en un futuro en los planes de estudio de la carrera. Mi rango de acción hospitalaria se limitaba única y exclusivamente al uso de fármacos sintéticos con los cuales no siempre lograba resolver los problemas que aquejaban a mis pacientes. La Teoría Sistémica viene a ser el complemento de la medicina convencional al considerar no solamente la morfología sino también el estado energético (punto vital del tratamiento de cualquier enfermedad) y la Inteligencia Biológica que regula todas las funciones corporales. La conjunción y comprensión de estos tres elementos -energía, organización e inteligencia- me ha permitido abordar con éxito enfermedades que anteriormente consideraba incurables".

El doctor **Meyer Magarici**, pediatra y oncólogo, llega aún mucho más lejos: "Hemos obtenido con la Medicina Sistémica extraordinarios éxitos terapéuticos en cáncer y condiciones crónicas tales como

artritis, diabetes, hiperplasia prostática, degeneración de mácula retiniana, sinusitis crónica, enfermedades tiroideas, hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes (lupus, esclerodermia, esclerosis múltiple y artritis reumatoide), menopausia, disfunción sexual, infertilidad y psoriasis".

Cabe añadir que a finales de este mes de enero los resultados obtenidos hasta el momento serán presentados en el *I Congreso Internacional de Medicina Sistémica, G.D.V. y Electroterapia Oncológica*. Será pues una puesta de largo a la que en **Discovery DSALUD** nos adelantamos.

LA MEDICINA SISTÉMICA

Natural, aplicada por médicos titulados y en centros autorizados, la *Medicina Sistémica* es una realidad a la que hay que acercarse desde el convencimiento de que los milagros no existen, que nunca dos casos son iguales y que información no es igual a curación. Dicho lo cual, es verdad que existen datos que invitan a la esperanza.

El último estudio independiente publicado -hace sólo unas semanas- fue dirigido por el doctor **Luis Guerrero Pulido** -Jefe del Servicio de Urología del *Hospital Dr. Raul Leoni* de San Félix (Guaiparo), ubicado en el estado Bolívar- y lleva por título *Ensayo clínico para evaluar la efectividad de la Medicina Sistémica en pacientes con cáncer prostático*. En él se emplearon combinaciones herbarias superiores (adaptógenos) mediante los principios de la *Medicina Sistémica* para evaluar los efectos terapéuticos en 30 pacientes con diagnóstico de carcinoma prostático. Pues bien, al final del período de tres meses el estudio reflejaba los siguientes datos:

- 1)** El antígeno prostático disminuyó en el 100% de los pacientes.
- 2)** El 63 % experimentó mejoría en los dolores óseos por metástasis.
- 3)** El 76,6 % experimentó mejoría en la sintomatología urinaria.
- 4)** El 93,3% experimentó mejoría en su calidad de vida.

El estudio concluye: *"El uso de los protocolos de la Medicina Sistémica contribuye a reducir síntomas, tumoración y metástasis. Inhibe la invasividad y la aparición de las metástasis y potencia los efectos benéficos de la Quimioterapia y la Radioterapia al mismo tiempo que protege al organismo y disminuye los efectos secundarios"*.

Un estudio que en realidad no viene sino a confirmar los datos de otro anterior titulado *"Mejoría del cáncer de próstata avanzado con el tratamiento basado en la Medicina Sistémica"* firmado por el propio J. Olalde -fundador de la *Medicina Sistémica* y presidente de los *Centros Médicos Docentes Adaptógenos*- y otros colaboradores. Estudio que terminaba diciendo: *"Los efectos de una combinación herbaria formulada bajo los principios de la Medicina Sistémica fueron*

evaluados en 30 pacientes con estadios avanzados de cáncer prostático mediante un estudio retrospectivo, multicéntrico y descriptivo de dos años de duración. Se observó la mejoría de los síntomas urinarios y óseos en el 78,9% y en el 88,4% de los pacientes, respectivamente. El Antígeno Prostático Específico (PSA) disminuyó significativamente en el 76,6% de los pacientes y la calidad de vida mejoró en el 86,6%. Esta fórmula terapéutica ha demostrado ser particularmente efectiva en los estadios más avanzados de la enfermedad. La tolerancia al tratamiento fue excelente. Nuestros resultados sugieren que esta formula herbaria ofrece beneficios importantes al paciente con cáncer de próstata".

Bien, llegados a este punto hay que decir que son dos las herramientas básicas aplicadas en ambos estudios y que quedan reflejadas en sus conclusiones: los adaptógenos (combinaciones herbarias superiores) y los principios teóricos que condicionan su forma de aplicación, concebidos por Jose Olalde en 1995 como base de una teoría unificada de todos los sistemas vivos y a la que llamó *Teoría Sistémica*.

LOS ADAPTÓGENOS

Lo singular es que José Olalde no es médico sino un ingeniero que mostró siempre gran interés por la filosofía, la salud y la fitoterapia. Y que reconoce que para el desarrollo de su formulación teórica fueron fundamentales los trabajos de **Hans Selye** sobre el estrés y su influencia en la salud. En 1936 Selye enunció el denominado Síndrome General de Adaptación (GAS) como el conjunto de cambios que se van produciendo en el organismo como consecuencia de la presencia, más o menos mantenida, de un estresor (tóxicos, virus, bacterias...) o de una situación de estrés. El nombre de Selye quedaría desde entonces estrechamente ligado al estrés como el de **Freud** lo está a la Psicología.

Según el Síndrome General de Adaptación (GAS) todos los organismos, ante situaciones estresantes, presentan una respuesta de activación generalizada que afecta a todo el organismo. De forma resumida, primero se produce una reacción de alarma, después una fase de resistencia y, por último, una fase de agotamiento o claudicación. Ante cada una de esas etapas el organismo va respondiendo con cambios fisiológicos pero si la agresión del estresor se mantiene se torna vulnerable a problemas de salud hasta que finalmente se produce la enfermedad y, en última instancia, la muerte. Pues bien, mientras los científicos occidentales fueron reacios a aceptar las ideas de Selye sobre el Síndrome de Adaptación General su concepto fue rápidamente aceptado por los investigadores rusos. Quizás porque Selye había conseguido su condición de médico en

Checoslovaquia y después había estudiado con varios fisiólogos rusos de renombre internacional como **Pavlov, Vedenski y Orbeli**. Uno de los primeros científicos soviéticos en abrazar las ideas de Selye fue el doctor **Nicholai Lazarev**, pionero en los entonces emergentes campos de la Toxicología y la Medicina Preventiva. A poco de graduarse en la Escuela Médica -en 1928- Lazarev empezó a trabajar en cómo prevenir los efectos perjudiciales de los químicos industriales en los humanos, una actividad que ejerció tal influencia sobre él que se dedicó no sólo a buscar sustancias que pudieran mejorar la resistencia general de los humanos a las toxinas sino también aquellas que pudieran corregir la reacción de adaptación general a todos los tipos de estresores. Sería así, terminada la II Guerra Mundial, cuando convencido de que la respuesta para mejorar la resistencia general no está en las medicinas convencionales y drogas sino en los sistemas preventivos se decidió a investigar un grupo de hierbas que las antiguas tradiciones médicas consideraban "superiores". En la Medicina Tradicional China, de hecho, esas hierbas han sido siempre consideradas "especiales" por haber constatado que aumentan la capacidad física y mental, reducen la fatiga, mejoran la resistencia para no enfermar y ayudan a conseguir una vida más larga. Por eso en China esas hierbas eran utilizadas directamente por los soldados antes de la batalla. Y en Siberia eran usadas por los cazadores antes de las jornadas largas y peligrosas. Sin embargo, a pesar de las innumerables leyendas y de los miles de años de uso en China, Rusia, Japón, Corea e, incluso, Europa nunca antes se habían estudiado científicamente los beneficios que se las atribuía. Así que en 1948 Lazarev y un discípulo suyo, el doctor **Israel Brekhman** -considerado el padre de la "medicina con hierbas" en la Unión Soviética-, emprendieron el desafío de investigar la utilidad y efectividad de este grupo de plantas a las que Lazarev denominó "adaptógenos". Y, por cierto, una de sus primeras investigaciones tuvo lugar con el hoy popular ginseng. El caso es que tras numerosos estudios y clasificación de otras plantas tres adaptógenos serían incluidos en 1962 en la Farmacopea de la Unión Soviética: el *Eleutherococcus senticosus*, el *Rhaponticum carthamoides* y el *Rhodiola rosea*. Poco después -en los años setenta del pasado siglo XX- la información sobre las notables propiedades de estas hierbas traspasaría la frontera soviética y científicos de Alemania, Suecia, Japón y EEUU confirmarían su efectividad demostrando que:

- Los adaptógenos consiguen que la contestación al estrés o los estresores sea menos perjudicial para el organismo.
- Los adaptógenos ayudan a mantener la homeostasis ante el estrés regulando las reacciones de adaptación del organismo
- Los adaptógenos reducen la mayoría de las señales de la fase de

alarma en el período de contestación al estrés y retrasan o promueven la anulación de la fase de agotamiento. Cabe añadir que Lazarev trabajó con diez adaptógenos pero desde entonces se han descubierto y clasificado otras ochenta plantas excepcionales.

LA TEORÍA SISTÉMICA

Los adaptógenos encajaron como llave en cerradura en los planteamientos filosóficos de Olalde aplicados a la Medicina. Olalde reconoció en la *Energía (E)*, la *Inteligencia Biológica (I)* y la *Organización (O)* el "*triángulo de la vida*", el mínimo común denominador de todos los sistemas vivos. Estableciendo que un sistema biológico sólo puede existir si -y sólo si- esos tres elementos están presentes. Con lo que concluyó que **Vida = E+I+O**. Y viceversa, que **E+I+O = Vida**.

- ▶ Siendo la *Inteligencia Biológica* la entidad reguladora que controla e integra las piezas de un sistema viviente en una unidad funcional alineada hacia la supervivencia. Es decir, la encargada de regular las funciones corporales.

- ▶ Siendo la *Energía* cualquier "combustible" que produce acción o movimiento. Y,

- ▶ Siendo la *Organización* cualquier conjunto de elementos ordenados como una unidad funcional encaminada hacia las metas que establece la inteligencia que lo rige.

Obviamente, en un sistema vivo la *Inteligencia Biológica* se configura como el elemento básico porque crea y utiliza la *Energía* con el propósito de lograr la *Organización*. Y al mismo tiempo crea la *Organización* con el propósito de producir *Energía*. Sin embargo, a pesar de su importancia es dependiente de los otros dos lados del "triángulo" porque si cualquiera de los elementos desaparece los otros dos también lo hacen y llega la muerte. Es el *Triángulo de la Vida* que definió Olalde y dentro del cual es posible incrementar la salud actuando sobre cada uno de los lados porque cuando cualquiera de ellos aumenta o decrece los otros lo hacen en la misma proporción. En este simple esquema la mayoría de las enfermedades crónicas aparecen debido a impactos emocionales, físicos, químicos o biológicos negativos de distinta naturaleza sobre la *Inteligencia Biológica* hasta el punto de desactivar alguno de sus componentes: el sistema inmune encargado de la defensa, el sistema celular o genético y el sistema bioquímico, un nuevo triángulo en el que nuevamente cada lado depende de los otros dos.

Pues bien, Olalde puso en relación su teoría con la de los adaptógenos y decidió sistematizar el estudio de esas plantas clasificándolas -para aplicarlas- según su capacidad de estimular en el organismo la *Energía*, la *Inteligencia Biológica* o la *Organización* (estructura y

función). Misión del médico es ya analizar al paciente y decidir cuál es el lado que presenta mayores problemas para su salud. La solución a cualquier enfermedad pasaría pues, a partir de ese momento, por tratar primero ese lado -origen de la patología- pero al mismo tiempo fortalecer siempre a lo largo del tratamiento la *Inteligencia Biológica* ya que es ahí donde se originan la mayor parte de las enfermedades. En suma, si bien en la *Medicina Sistémica* se utilizan las "plantas superiores" o adaptógenos como núcleo del tratamiento también se aplican otros dirigidos a estimular la denominada *Inteligencia Biológica*, la *Energía* y la *Organización* con procedimientos ortodoxos, homeopáticos, bioenergéticos, bioelectrónicos, vitamínicos, nutricionales e, incluso, la terapia espiritual en ciertas dolencias de origen emocional.

"La Medicina Sistémica -afirma Olalde- se puede validar a partir de la Termodinámica. El sistema biológico humano, en términos de la Física Energética, se considera un sistema termodinámico abierto que realiza constantes intercambios de entropía positiva y negativa con el medio ambiente. La entropía equivale a desorden. También se define como la energía que no está disponible en el sistema. A mayor enfermedad, mayor entropía; es decir, menor energía disponible. En consecuencia, mientras más energía disponible tiene un sistema biológico menor es su entropía. Por ende, si incrementamos la energía disponible del sistema orgánico mediante la utilización de plantas medicinales (que le aportan entropía negativa al sistema a partir de la fotosíntesis) lograremos disminuir su entropía y, por ende, se generará una tendencia endógena en el sistema a sanar su enfermedad. Este es un concepto fundamental de la Medicina Sistémica y una de las razones fundamentales de su éxito clínico. Se trata de practicar la Medicina utilizando las leyes de la Naturaleza sin violarlas como muchas veces ocurre con la práctica médica convencional, no por mala fe sino por ignorancia. Es lamentable que la mayoría de los médicos no conozcan las leyes de la Termodinámica y mucho menos sus aplicaciones al campo de la Medicina. Por eso existen terapias como, por ejemplo, la quimio y la radioterapia en cáncer que, de forma cotidiana, infringen las restricciones termodinámicas necesarias para la realización de una terapéutica eficaz. El resultado es una mayor entropía (mayor caos) en el sistema viviente".

EL CÁNCER EN LA TEORÍA SISTÉMICA

Según la Teoría Sistémica para que se desarrolle un cáncer deben estar presentes los siguientes factores de manera simultánea: un agresor crónico, el colapso sostenido de la *Inteligencia Biológica* y la rebelión celular.

"La clave para descifrar el cáncer -afirma Olalde- radica en ver la

célula como una entidad inteligente que se organiza, sabe utilizar y crear energía, tiene vida propia y que al sentirse amenazada se rebela -en reacción a los agentes agresores- como intento último de supervivencia. Es una respuesta defensiva una vez que siente que la Inteligencia Biológica ha colapsado y fracasado en su función protectora del sistema celular".

La solución del cáncer pues, desde este punto de vista, es sencillo de plantear: hay que incrementar la *Inteligencia Biológica*, la *Energía* y la *Organización* y, al mismo tiempo, disminuir la *Inteligencia Biológica*, la *Energía* y la *Organización* del agente agresor. ¿Cómo? Pues según los principios de la *Medicina Sistémica*...

...la *Inteligencia Biológica* se incrementa estimulando la inteligencia inmune, bioquímica y celular con plantas superiores.

...la *Organización* se mejora aportando plantas superiores y nutrientes que permitan recuperar la estructura orgánica y mejorar los mecanismos de desintoxicación del cuerpo.

...la *Energía* se aumenta estimulando la producción de energía celular -es decir, haciendo que el organismo produzca más moléculas ATP (*Adenosin Trifosfato*)- y potenciando los circuitos eléctricos del cuerpo con plantas energizantes superiores así como mediante el uso de ciertas técnicas de Bioenergética o Bioelectrónica ya que parece comprobado que en un enfermo de cáncer los niveles de energía química y de conductancia (conductividad) eléctrica están disminuidos. Es decir, el Sistema Tumoral se combate atacando la *Energía*, la *Inteligencia* y la *Organización* de las células tumorales (rebeldes) de manera selectiva con plantas superiores que no afectan a las células sanas al contrario de lo que ocurre con la quimio y la radioterapia. Y la causa se elimina buscando, descubriendo y destruyendo los agentes agresores -biológicos, físicos, químicos o emocionales- que agotan la *Inteligencia Biológica*. La idea es, en suma, eliminar al agente agresor que causó el colapso de la *Inteligencia Biológica* en primer lugar.

En el apartado *Análisis* del estudio citado anteriormente efectuado en el *Hospital Dr. Raul Leoni* de San Félix (Guaiparo) que dirigió el Dr. Luis Guerrero Pulido sobre la efectividad de la *Medicina Sistémica* en pacientes con cáncer prostático puede leerse: "*Los perfiles, riesgo-beneficio y costo-beneficio de los adaptógenos son superiores a los fármacos antineoplásicos y antiretrovirales. Su administración durante un período prolongado es segura, mejora los niveles de energía del paciente, aceleran la recuperación de la médula ósea afectada, protegen y recuperan las funciones hepáticas, disminuyen los efectos secundarios de las terapias anticancerosas y, al mismo tiempo, incrementan la sensación de bienestar (...)* Una de las causas frecuentes de muerte en el paciente con cáncer son las metástasis.

Pues bien, las combinaciones de adaptógenos ofrecen esperanza a estos pacientes. Sus principios activos contribuyen a mantener la homeostasis, y son potentes inmunoestimulantes que no producen fenómenos autoinmunes. Son seguros, clínicamente comprobados. Por ello resultan imprescindibles para cualquier paciente con cáncer o enfermedades caracterizadas por la depresión inmune".

El también citado ya doctor Meyer Magarici afirma por su parte que las experiencias llevadas a cabo han conseguido en muchos casos:

- ▶ Mejoría significativa en los síntomas generales que acompañan al cáncer: astenia, fatiga, pérdida de peso, depresión...
- ▶ Mejoría significativa de los síntomas causados por el tumor: hemorragias, dolor, alteraciones funcionales...
- ▶ Reducción de la masa tumoral en un alto porcentaje de casos y desaparición del tumor en algunos.
- ▶ Superior tolerancia a la quimioterapia con reducción o desaparición de los síntomas ocasionados así como de las complicaciones orgánicas inherentes.

Por todo ello Magarici concluye que es indudable que *"el uso de adaptógenos más terapias convencionales es beneficioso"*.

Lógicamente el tratamiento se realiza principalmente a través de la ingesta de numerosos extractos de plantas cuyos principios bioquímicos -según la Medicina Sistémica- son utilizados por la *Inteligencia Biológica* de nuestro organismo en función del estado de cada uno de los lados del *"Triángulo de la salud"*.

"A primera vista, y bajo los conceptos de la farmacoterapia tradicional -escribe el doctor Guerrero- el uso de tantos productos para el tratamiento de una sola enfermedad parece exagerado; sin embargo, cuando se toma en cuenta la resistencia a los tratamientos convencionales que exhiben enfermedades severas como el cáncer de próstata el tratamiento herbario luce como una alternativa razonable y con alta probabilidad de éxito".

NUEVOS ESTUDIOS

Hay que añadir que en el momento de redactar estas líneas estaban a punto de finalizar 14 nuevos estudios clínicos cuyos resultados se quieren dar a conocer durante el *I Congreso Internacional de Medicina Sistémica* que, como ya adelantamos, se celebrará los próximos días 21 y 22 de Enero en Caracas. *"Se trata de estudios independientes en hospitales -nos diría José Olalde- con casos de cáncer de mama, próstata y vejiga así como en cáncer terminal genérico en pacientes desahuciados. Y en todos ellos los resultados preliminares validan los resultados de la experiencia en nuestros centros médicos ya que, de promedio, la remisión aparece en más del 75% de los pacientes"*.

Terminamos como comenzamos: remarcando el hecho de que son

médicos convencionales quienes han decidido apostar por una nueva vía terapéutica que en su día a día les está funcionando y que han querido dejar constancia de sus experiencias. *"Me gustaría dar fe -nos diría la doctora Soraya Garabán, internista y colegiada en Zulia- del caso de un paciente de 39 años con carcinoma embrionario de hipófisis que presentaba metástasis de huesos, dificultades para el habla, debilidad extrema y pérdida de memoria que recibió tratamiento de radioterapia sin que mejorara. Bueno, pues llama la atención que el paciente, con el uso de adaptógenos, recuperó totalmente la memoria, la fuerza muscular, sus habilidades mentales y su capacidad para el habla. Es extraordinario que consiguiera tal mejoría. Actualmente incluso practica artes marciales sin dificultad alguna, física o mental. No podemos afirmar que el paciente esté curado pero lo cierto es que le dieron de alta en el Hospital Oncológico con criterio de curación. También he visto a pacientes con esclerodermia, psoriasis y artritis reumatoide con notables mejorías o completamente curados".*

Experiencias, en definitiva, que van más allá de una patología en concreto. *"Yo soy cardióloga -nos contaría por ejemplo la doctora **Myriam Turmero**- y después de haber tratado a muchos pacientes con adaptógenos puedo dar fe de un porcentaje de éxito por encima del 80% en cardiopatías diversas, asma bronquial, alergias y diabetes. Y destacaría que también en los problemas de tipo vascular periférico el éxito ha sido impresionante ya que hemos podido salvar de amputaciones a muchos pacientes. Tampoco puedo dejar de mencionar las mejorías espectaculares en estrés, agotamiento físico-mental y depresión emocional sin necesidad de utilizar drogas psiquiátricas. Y me gustaría destacar que no he visto nunca efectos secundarios con el uso de adaptógenos".*

Bien, ya conoce el lector qué es la *Medicina Sistémica* y cómo funcionan los *adaptógenos*. El problema para los españoles -como para las personas de otras muchas nacionalidades -es que en nuestro país aún no se practica. Aunque quizás en el 2005 haya médicos que se animen a ello ya que algunos de los especialistas venezolanos en este método terapéutico probablemente vengán a darlo a conocer a Madrid a mediados de año. Les tendremos informados.

Antonio F. Muro

Resultados en el tratamiento del cáncer con Medicina Sistémica
En el libro *"Medicina Sistémica. El Cáncer sí se cura"* de **José Olalde**, el doctor **Alex Márquez** hace un repaso a los resultados obtenidos en

cáncer con la *Medicina Sistémica* y afirma que son "contundentes" aunque a continuación aclara que deben ser considerados "preliminares" por cuanto la muestra estadística no es lo suficientemente amplia. Lo que no le impide expresar su convicción de que se corroborarán estos primeros resultados. Estas son las afirmaciones que hace en el libro:

▶ **Cáncer de próstata.** *"La terapia con adaptógenos logró la resolución de la enfermedad en el 100% de los pacientes con cáncer de próstata (sin tratamiento previo) que cumplieron el esquema a cabalidad y tuvieron buena tolerancia al tratamiento. Quedan pendientes biopsias de próstata para confirmar ausencia de la enfermedad de forma definitiva".*

▶ **Cáncer de recto.** *"El tratamiento con adaptógenos logró la resolución en el 100% de los casos de pacientes que presentaban rectorragia, pérdida del apetito y dolor".*

▶ **Cáncer ganglionar.** *"La terapia sistémica logra la resolución de la astenia, pérdida del apetito y peso en 100% de los pacientes tratados así como reducción de plastrón adenomegálico en un caso. Combinado con quimioterapia logró la resolución total de un caso".*

▶ **Cáncer de mama.** *"La terapia con adaptógenos mejoró el curso clínico de la enfermedad en el 89,28% de los casos estudiados evidenciándose en más de la mitad de ellos recuperación de peso, desaparición de fatiga y regularización del apetito. Con relación a la presencia de tumor se logró la reducción de la misma en un 36,36% de los casos junto con quimioterapia o radioterapia y la desaparición total de la lesión en un caso que no había recibido terapia alguna. Queda pendiente nuevo control de la paciente para solicitar nueva biopsia. No se reportaron efectos secundarios".*

▶ **Cáncer de pulmón.** *"El uso de adaptógenos en combinación con quimioterapia y/o radioterapia logró la desaparición total de la astenia y lesiones pulmonares en el 100% de los casos mejorando la disnea en un 75% de los pacientes con una tolerancia excelente al tratamiento de los pacientes".*

▶ **Cáncer de colon.** *"El uso de adaptógenos logró la reducción de la masa tumoral en el 50% de los casos en combinación con quimioterapia y en el 50% restante posterior a la cirugía. Asimismo se logró la disminución del sangrado en el 66,66% de los pacientes con rectorragia y la desaparición en el 33,33% en combinación con*

quimioterapia y/o radioterapia".

► **Cáncer de páncreas.** "El uso de adaptógenos en pacientes con cáncer logró la disminución del dolor y la fatiga así como mejorar el apetito en un paciente que no había sido sometido a terapia médica alguna".

Clases de adaptógenos

Las características que permiten clasificar a los adaptógenos primarios y secundarios según los lados del "*Triángulo de la salud*" en donde actúan son las siguientes:

Adaptógenos energizantes. Son plantas que estimulan el ciclo energético celular -o ciclo de Krebs- promoviendo la síntesis de moléculas ATP a diferencia de otros principios activos simpatomiméticos como la cafeína, las xantinas, etc.

Adaptógenos organizacionales. -Plantas que aportan principios endógenos: vitaminas, minerales, hormonas vegetales, enzimas u otras sustancias utilizadas directamente por el cuerpo o por el órgano específico.

-Plantas que aportan sustratos para la fabricación de otras sustancias esenciales al metabolismo bioquímico como por ejemplo el *Trébol* con la *protodioscina* -precursora de la DHEA-, el *Nome salvaje* con la *diosgenina* -precursora de la progesterona- o el *Dong quai* con los fitoesteroides -precursores de la androstenediona.

-Plantas que aportan sustancias que optimizan directamente la función de un órgano que, aunque obviamente lo tienen que hacer por la vía bioquímica, no significa que estén incidiendo sobre la *Inteligencia* neuroendocrina. Por ejemplo, el *jengibre* en casos de acidez, el *espino* en problemas del corazón o el *cardo* en dolencias hepáticas.

-Plantas que cambian directamente la bioquímica general del organismo para luego incidir sobre el órgano como por ejemplo el *Harpagofito*, el *Saw palmetto* y *pygeum* o el *Chitomax* que cambia el Ph del jugo gástrico.

-Plantas que actúan directamente sobre un órgano modificando su comportamiento por vía celular o bioquímica. Por ejemplo, la silimarina del *Cardo Lechoso* -que aumenta la proliferación de los hepatocitos- o el *Dong quai* -que inhibe las secreciones gástricas por vía de las células de la mucosa gástrica.

Adaptógenos específicos de la inteligencia bioquímica. -Plantas que estimulan el sistema hormonal como, por ejemplo, las que

estimulan, inhiben o modulan secreciones glandulares.

-Plantas que modulan el colesterol, el azúcar en la sangre, el equilibrio de fluidos, el Ph sanguíneo y los electrolitos como son los casos del *Reishi*, el *Astrágalus* y el *Maitake*.

Adaptógenos específicos de la inteligencia inmune. -Plantas que modulan la inmunidad celular y humoral como el *Anamú*.

Adaptógenos específicos de la inteligencia celular. -Plantas que modulan la actividad celular del organismo, es decir, la síntesis de proteínas, RNA, DNA o la apoptosis (suicidio celular) como por ejemplo el *Eleutherococcus*, la *Leuzea carthamoides*, el *Panax ginseng*, etc.

Fuente: "Medicina Sistémica. El Cáncer sí se cura" de **José Olalde**



Cáncer: ¿qué es y qué lo causa? (XXX)

CÓMO TRATAR EL CÁNCER CON LA MEDICINA SISTÉMICA (II)

La **Medicina Sistémica** ha elaborado un protocolo propio para el tratamiento del cáncer cuya eficacia está avalada por numerosos estudios científicos y cuya base principal es la acción terapéutica de distintas combinaciones de adaptógenos siendo los principales plantas que ya eran consideradas "superiores" por las culturas milenarias orientales y que a lo largo de los milenios han demostrado un valor terapéutico incontestable. De ahí que ofrezcamos a nuestros lectores en esta ocasión, dentro de la saga que sobre esta enfermedad venimos desarrollando, las fórmulas utilizadas en concreto para el tratamiento del cáncer.

La *Medicina Sistémica* -de la que ya hablamos en el pasado número 68- es una nueva manera de afrontar la salud y la enfermedad que se caracteriza básicamente por:

- ▶ Una visión integral del ser humano formulada a través de una filosofía superadora de la visión mecanicista de órganos y funciones, base de la medicina convencional.
- ▶ El uso de *adaptógenos*. Entre los que destacan casi un centenar de

plantas "superiores" conocidas desde la antigüedad por sus posibilidades terapéuticas.

► Una práctica clínica realizada por médicos convencionales que han decidido apostar por nuevas formas de tratamiento en la práctica totalidad de patologías conocidas, cáncer incluido.

Y hay que decir que los resultados obtenidos con este nuevo enfoque -en centros oficialmente reconocidos- son realmente esperanzadores.

*"Hemos obtenido con la Medicina Sistémica -afirma el doctor **Meyer Magarici**, pediatra, oncólogo y director médico de los Centros de Medicina Sistémica- extraordinarios éxitos terapéuticos en cáncer y*

condiciones crónicas tan diversas como artritis, diabetes, hiperplasia prostática, degeneración de mácula retiniana, sinusitis crónica, enfermedades tiroideas, hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes (lupus, esclerodermia, esclerosis múltiple y artritis reumatoide), menopausia, disfunción sexual, infertilidad y psoriasis".

Curiosamente el "padre" de la *Medicina Sistémica*, el venezolano **José Olalde**, no es médico sino alguien que ha tenido la suficiente inquietud intelectual como para aunar su interés por la filosofía, la salud y la fitoterapia a sus conocimientos de las leyes de la Física -en su calidad de ingeniero- postulando una nueva concepción de la salud y la enfermedad que hunde sus raíces en los trabajos de **Hans Selye** sobre el "estrés" así como en los trabajos de los doctores **Nicholai Lazarev** e **Israel Brekhman** sobre el uso de plantas tradicionales de contrastada eficacia.

Selye había llegado a la conclusión de que todo organismo, ante una situación estresante, da primero la señal de alarma, después elabora una estrategia de resistencia y cuando la misma falla y el organismo agota sus defensas iniciales aparece lo que conocemos como enfermedad o patología. Es decir, según Selye lo que el organismo hace es afrontar la causa del estrés -a la que denominó "estresor-" y que puede ser un virus, una bacteria, una sustancia tóxica, una radiación negativa y, en suma, cualquier otro factor que afecta negativamente al organismo y obliga a éste a reaccionar para defenderse con los mecanismos a su alcance y que cada caso requiere. Conjunto de cambios que obliga al cuerpo a adaptarse a la nueva situación y al que Selye llamaría en 1936 *"Síndrome General de Adaptación (GAS)"*. Pues bien, mientras los científicos occidentales fueron reacios a aceptar la formulación de Selye el concepto fue rápidamente aceptado por los científicos rusos.. probablemente porque éste había estudiado con fisiólogos de esa nacionalidad de la talla de **Pavlov**, **Vedenski** y **Orbeli**. Siendo uno de los primeros científicos en abrazar sus ideas -como hemos adelantado- Nicholai Lazarev, pionero en los entonces emergentes campos de la Toxicología y la Medicina Preventiva y que, al centrar sus esfuerzos en buscar sustancias que

podrían mejorar la resistencia general de los humanos a las toxinas decidió averiguar hasta qué punto las hierbas que las antiguas tradiciones consideraban "superiores" eran útiles. Así que junto un discípulo suyo, Israel Brekhman -considerado hoy el "padre de la medicina con hierbas" en la Unión Soviética-, emprendió en 1948 el desafío de investigar la utilidad y efectividad de ese grupo de plantas a las que Lazarev denominaría "*adaptógenos*". Unos años después -en 1962- las tres primeras plantas que recibieron la consideración de *adaptógenos* -*Eleutherococcus senticosus maxim*, *Rhaponticum carthamoides* y *Rhodiola rosea*- pasarían a formar parte como tales de la Farmacopea de la Unión Soviética. Una década después la información sobre sus notables propiedades traspasaría la frontera y científicos de Alemania, Suecia, Japón y Estados Unidos confirmarían su eficacia. Desde entonces las plantas consideradas como *adaptógenos* han aumentado y hoy alcanzan casi el centenar.

Faltaba sin embargo un último elemento para completar lo que hoy se conoce como *Medicina Sistémica*: la aplicación de las leyes de la termodinámica a la salud. Es decir, la consideración de que el organismo humano es un sistema termodinámico abierto en el que existen constantes intercambios con el medio ambiente y donde la entropía equivale a desorden y enfermedad. En otras palabras, a la constatación de que cuanto más grave es una enfermedad mayor entropía existe y, por tanto, menor es la energía disponible por el sistema biológico. De lo que se deduce que cuanto más energía se pueda aportar al mismo menor será su entropía y, consecuentemente, mejor será su salud.

Hay que explicar que Olalde basa su formulación en el concepto denominado *Systemics* que se define como "*el potencial de supervivencia de todo sistema viviente desde el punto de vista de su Energía, Inteligencia y Organización*". O dicho de otra forma: el común denominador de todo sistema viviente es la cantidad de Energía (E), Inteligencia (I) y Organización (O) de que dispone. Obviamente, tal formulación se puede aplicar a muchos campos del conocimiento humano al igual que a todos los sistemas vivientes del universo... siendo la Medicina pues sólo uno de ellos. Lo que implica que un sistema biológico sólo puede existir si -y sólo si- esos tres elementos están presentes. Con lo que puede concluirse que **Vida = E + I + O**.

- ▶ Siendo la **Energía** todo "combustible" capaz de producir acción o movimiento.

- ▶ Siendo la **Organización** cualquier conjunto de elementos ordenados como una unidad funcional encaminada hacia las metas que establece la inteligencia que lo rige. Y,

- ▶ Siendo la **Inteligencia Biológica**- la entidad reguladora que controla e integra las piezas de un sistema viviente en una unidad

funcional siendo su principal objetivo la supervivencia. Está pues directamente vinculada a los aspectos mentales y emocionales del ser humano además de ser la encargada de regular las funciones corporales. Cabe añadir que desde el punto de vista estructural la *Inteligencia Biológica* está distribuida por todo el organismo siendo su base el sistema nervioso central ubicado en el cerebro y la médula espinal. Ahora bien desde un punto de vista funcional puede decirse que el común denominador de la *Inteligencia Biológica* lo constituyen:

a) La *Inteligencia Inmune* (que regula el sistema de defensas).

b) La *Inteligencia Bioquímica* (que regula el equilibrio químico, es decir, hormonal, vitamínico, electrolítico, enzimático, neurotransmisor y afines). Y,

c) La *Inteligencia Genética o Celular* (que coordina y regula la actividad de cada célula).

Puede decirse que estos aspectos constituyen los tres lados del triángulo de la *Inteligencia Biológica* y que, por tanto, al aumentar o disminuir cualquiera de ellos los demás crecen o disminuyen en la misma proporción. Y esto es importante porque cuando se fortalece o debilita cualquiera de los lados se fortalecen o debilitan los demás. Lo que no obsta para constatar que el efecto terapéutico es mayor cuando se actúa reforzando los tres lados simultáneamente.

Obviamente en un sistema vivo la *Inteligencia Biológica* se configura como el elemento básico porque crea y utiliza la *Energía* con el propósito de lograr la *Organización*. Y al mismo tiempo crea la *Organización* con el propósito de producir *Energía*. Sin embargo, a pesar de su importancia es dependiente de los otros dos aspectos porque si cualquiera de los elementos desaparece los otros dos también lo hacen y llega la muerte. Dicho lo cual hay que agregar que no es menos cierto que es siempre primordial actuar sobre la *Inteligencia Biológica* y que los mejores resultados se obtienen cuando se actúan sobre los tres "lados" del triángulo simultáneamente.

LA APARICIÓN DE LAS "ENFERMEDADES"

¿Y cómo aparece lo que llamamos enfermedad? Pues para la *Medicina Sistémica* surge cuando resulta notablemente afectado cualquiera de los tres aspectos que conforman el llamado *Triángulo de la Vida* que hace posible la existencia de todo sistema vivo: la *Inteligencia Biológica*, la *Energía* o la *Organización*. Algo que sólo acaece cuando el ser humano es sometido a una agresión continuada por algún "agente agresor"... entendiendo por tal "*toda causa física, química, biológica o emocional que atente contra la supervivencia óptima*". Es decir, desde el punto de vista *físico* hablamos de radiaciones, campos electromagnéticos, electroshocks (los utilizados en Psiquiatría), etc. Desde el punto de vista *químico* de sustancias tóxicas, hormonas

sintéticas, colorantes, bencenos, fármacos de síntesis (especialmente los esteroides y los antidepresivos), etc. Desde el punto de vista *biológico* de virus, bacterias, hongos, parásitos o protozoos. Y desde el punto de vista emocional de todo shock traumático que afecta profundamente al espíritu (la muerte inesperada de un ser querido, la pérdida total del patrimonio, la entrada en la cárcel...).

Todos esos "agentes agresores" pueden terminar afectando a la *Inteligencia Biológica*, a la *Energía* o a la *Organización* del sistema y generar un fallo del sistema inmune, del sistema celular o del sistema bioquímico provocando la enfermedad y, en casos graves, la muerte. Hay que decir también que los *adaptógenos* utilizados por la *Medicina Sistémica* son de dos tipos: *primarios* y *secundarios*. Los *primarios* son los que incrementan la energía del organismo al aumentar la síntesis de la molécula ATP o Adenosina Trifosfato -se trata del "transportador" universal de energía de nuestro cuerpo-, equilibran sus funciones metabólicas, incrementan la resistencia inespecífica del organismo, optimizan el sistema neuroendocrino y fortalecen el eje pituitario-suprarrenal. Los *secundarios*, por su parte, ayudan a la homeostasis sin incidir en la energía y actúan sobre órganos específicos. LAS

LAS ENFERMEDADES "INCURABLES"

En suma, para la *Medicina Sistémica* cuando el potencial de uno de los lados del *Triángulo de la Vida* mengua termina incidiendo en los otros dos y ello origina inevitablemente caos en el sistema orgánico provocando lo que se conoce como estado patológico o enfermedad. Sólo que basta actuar sobre cualquiera de los lados para recuperar la salud. Ahora bien, hay ocasiones en que ese caos que da lugar a "enfermedades comunes" puede degenerar en una enfermedad "incurable". Es el caso de los tumores benignos, la gastritis crónica, la infección por VIH, la colitis ulcerosa, los pólipos rectales, la hepatitis B, los tumores de hipófisis, la pancreatitis crónica, el agrandamiento de la próstata, la mononucleosis, los citomegalovirus, los fallos endocrinos (feocromocitoma), la hiperplasia endometrial, el gastrinoma, la enfermedad de Crohn, los tumores musculares, los tumores malignos (premetastásicos) y el virus del papiloma humano. Enfermedades que además degeneran en cáncer cuando se ven agravadas. Algo que ocurre sobre todo cuanto mayor es la caída de la *Inteligencia Biológica*.

De hecho, podría decirse que si la *Inteligencia Biológica* se debilita sin llegar a colapsar se manifiesta la enfermedad "incurable" sin que se presente el cáncer. Pero si ésta colapsa hasta el punto de que el desorden del sistema se hace crítico entonces la enfermedad "incurable" sí desemboca en cáncer. Ello depende de la intensidad y cronicidad de los impactos agresores. Luego lo veremos con más

detalle.

¿Y QUÉ ES EL CÁNCER?

El cáncer, para la *Medicina Sistémica*, es un estado de independencia celular que surge por colapso de la *Inteligencia Biológica*. La clave para entenderlo, como José Olalde explica en sus libros, radica "*en ver a la célula como una entidad inteligente, que se organiza, que sabe utilizar y crear energía, que tiene vida propia y que al sentirse amenazada se rebela en reacción a los agentes agresores como intento último de supervivencia*". En otras palabras, la célula tiene una "inteligencia" propia que sigue los alineamientos de la inteligencia general del sistema orgánico cuando existe equilibrio pero que sin embargo, como entidad viviente, en cuanto ve peligrar su existencia utiliza esa inteligencia invirtiendo su energía y organizándose para afrontar lo que amenaza su supervivencia. Es decir, la rebelión es la respuesta defensiva de la célula en reacción al caos que tiene lugar cuando la *Inteligencia Biológica* se colapsa y, por ende, fracasa en su misión protectora del sistema celular. Por eso algunas células se vuelven rebeldes, reaccionan contra ella e, incluso, se disfrazan para no ser reconocidas como células rebeldes por el sistema inmune del cuerpo.

Resumiendo, las células cancerosas aparecen:

- ▶ Cuando el *sistema inmune* deja de proteger al sistema celular.
 - ▶ Cuando el *sistema bioquímico* falla (no se olvide que su misión es aportar las vías de comunicación y los suministros indispensables para la supervivencia de las células).
 - ▶ Cuando el *sistema celular* es agredido (es el estado de indefensión de la célula lo que precipita su reacción de rebeldía o cáncer).
- "Es importante entender -explica Olalde- que cuando un cuerpo está sano las células se reproducen en la cantidad necesaria para reemplazar a las células dañadas o muertas. Incluso cuando un organismo está herido las células que circundan la lesión se reproducen inteligentemente para reemplazar a las dañadas. Sólo que esas células 'saben' que deben dejar de multiplicarse una vez la zona afectada ha sido reparada. Es decir, en un cuerpo sano las células se reproducen siguiendo el patrón establecido por la Inteligencia Biológica del cuerpo. Pero, ¿qué ocurre cuando ésta no está en condiciones de controlar el organismo? Pues que algunas células se anarquizan, comienzan a multiplicarse descontroladamente y terminan formando lo que denominamos tumor. Células que a menudo se diseminan por otras zonas del cuerpo, se multiplican y dan lugar a lo que conocemos como metástasis. El resultado son tumores esparcidos por todo el organismo que al ir creciendo presionan las estructuras del cuerpo provocando dolor y disfunción sistémica con la 'inevitable' muerte".*

CÓMO AFRONTAR EL CÁNCER

La propuesta de la *Medicina Sistémica* ante el cáncer consiste pues en potenciar la *Inteligencia Biológica*, la *Energía* y la *Organización*. Y para ello utiliza diversos métodos si bien el principal es la ingesta de una combinación de varias plantas adaptogénicas en función del lado del triángulo de la salud que se deba reforzar pero partiendo de la base de que es prioritario restablecer la *Inteligencia Biológica*. Es decir, se usan los adaptógenos más adecuados... pero no sólo éstos. *"La inducción, reprogramación u optimización de la Inteligencia Biológica (celular) reguladora -nos diría Olalde- es esencial en el tratamiento de cualquier enfermedad. Unas veces se puede realizar con plantas pero otras puede efectuarse directamente mediante señales electrónicas estimuladoras. En este punto es importante clarificar que el universo biológico es dual, es decir, es biofísico pero también bioquímico. Y, por tanto, es un gran error intentar utilizar sólo estímulos electromagnéticos si el sustrato patológico es más bioquímico (organizacional) como por ejemplo es el caso de una mujer menopáusica. Ésta requiere del sustrato hormonal (bioquímico) con el objeto de equilibrarse. En estos casos los impulsos electromagnéticos de forma aislada no son efectivos. Es decir, no podemos sustituir hormonas endógenas por frecuencias electromagnéticas. Pero igualmente equivocado es no aportar componentes electromagnéticos reguladores de la Inteligencia Biológica cuando es el eje fundamental que falla como ocurre con los problemas autoinmunes, las alergias, el asma, etc., en los que la modulación de la respuesta de la Inteligencia Celular es vital. En tales casos funciona muy bien la Moraterapia, por ejemplo, junto a ciertas plantas superiores adaptogénicas como la Ganoderma Lucidum, con propiedades electromagnéticas que poseen la capacidad de atenuar el sistema inmune"*

CUÁNDO ES POSIBLE CURAR EL CÁNCER

Para la *Medicina Sistémica* el cáncer sólo es posible superarlo cuando el daño orgánico es reparable y el organismo no ha pasado el umbral de no retorno. Y éste se caracteriza por una metástasis generalizada. En suma, es imposible superar un cáncer:

- ▶ Cuando el daño orgánico es irreparable.
- ▶ Cuando el colapso energético es inmanejable.
- ▶ Cuando la *Inteligencia Biológica* no se logra reactivar.
- ▶ Cuando no se consigue neutralizar o eliminar al agente agresor.
- ▶ Cuando no se consigue aplacar o erradicar la rebelión celular.

TIPOS DE ADAPTÓGENOS

Como en su momento explicamos, *"un adaptógeno -según la Medicina*

Sistémica- es toda sustancia externa a un organismo -generalmente plantas pero no sólo ellas- que incrementa, paralelamente o por separado, la Inteligencia Biológica, la Energía y la Organización de un sistema viviente aumentando así su potencial de supervivencia sin causar efectos secundarios".

En ese sentido puede hablarse pues de:

A) Adaptógenos energizantes. Se trata de plantas que estimulan el ciclo energético celular -conocido como *Ciclo de Krebs*- promoviendo la síntesis de moléculas (ATP), a diferencia de otros principios activos simpatomiméticos como la cafeína, las xantinas, etc.

B) Adaptógenos organizacionales. Es decir,

- ▶ Plantas que aportan principios endógenos: vitaminas, minerales, hormonas vegetales, enzimas y otras sustancias utilizadas directamente por el cuerpo o por el órgano específico.
- ▶ Plantas que aportan sustratos para la fabricación de otras sustancias esenciales para el metabolismo bioquímico como el *Tríbulus* (contiene protodioscina precursora de la DHEA), el *Ñame salvaje* (contiene diosgenina, precursora de la progesterona) o el *Dong Quai* (contiene fitoesteroides, precursores de la androstenodiona).
- ▶ Plantas que aportan sustancias que optimizan directamente la función de un órgano, Aunque obviamente lo tienen que hacer por vía bioquímica ello no significa que no incidan además sobre la *Inteligencia Neuroendocrina*. Sirvan como ejemplos el *jengibre* (para la acidez), el *espino* (para el corazón) o el *cardo mariano o lechoso* (para el hígado).
- ▶ Plantas que cambian directamente la bioquímica general del organismo para luego incidir sobre el órgano como son los casos del *Harpagofito*, el *Saw palmetto*, el *Pygeum* y el *Chitomax*.
- ▶ Plantas que actúan directamente sobre un órgano modificando su comportamiento, bien por vía celular, bien por vía bioquímica. Es el caso de la silimarina del *cardo mariano o lechoso* (que aumenta la proliferación de hepatocitos) o del *Dong Quai* (que inhibe las secreciones gástricas por vía de las células de la mucosa gástrica).

C) Adaptógenos que actúan sobre la Inteligencia Biológica. De forma más específica, unas...

...actúan sobre la *Inteligencia Bioquímica*. Son las plantas que estimulan el sistema hormonal -por ejemplo las que estimulan, inhiben o modulan secreciones glandulares- y las que modulan el colesterol, el azúcar en la sangre, el equilibrio de fluidos, el Ph sanguíneo y los electrolitos -como el *Reishi*, el *Astrágalus membranaceus* o el *Maitake*. ... actúan sobre la *Inteligencia Inmune*. Hablamos de las plantas que modulan la inmunidad celular y humoral; por ejemplo, el *Anamú*.

...actúan sobre la *Inteligencia Celular*. Es el caso de las plantas que modulan la actividad celular del organismo, es decir, la síntesis de proteínas, RNA, DNA o incluso la apoptosis como por ejemplo el *Ginseng siberiano (Eleutherococcus senticosus maxim)*, la *Leuzea carthamoides* o el *Ginseng Coreano Blanco (Panax Ginseng Blanco)*.

EFICACIA DEMOSTRADA

Hay que decir también que la eficacia en cáncer de los adaptógenos procedentes de plantas ha sido demostrada en numerosos estudios. En pacientes con carcinoma prostático, por ejemplo, lo puso ya de manifiesto el doctor **Luis Guerrero Pulido** -Jefe del Servicio de Urología del Hospital Dr. Raul Leoni de San Félix (Guaiparo)- tras emplearlos con 30 pacientes. En su opinión el resultado no deja lugar a dudas: *"Los perfiles, riesgo-beneficio y costo-beneficio de los adaptógenos -se asevera en el estudio que dirigió- son superiores a los fármacos antineoplásicos y antiretrovirales. Su administración durante un período prolongado es segura, mejora los niveles de energía del paciente, aceleran la recuperación de la médula ósea afectada, protegen y recuperan las funciones hepáticas, disminuyen los efectos secundarios de las terapias anticancerosas y, al mismo tiempo, incrementan la sensación de bienestar (...). Una de las causas frecuentes de muerte en el paciente con cáncer son las metástasis. Pues bien, las combinaciones de adaptógenos ofrecen esperanza a estos pacientes. Sus principios activos contribuyen a mantener la homeostasis y son potentes inmunoestimulantes que no producen fenómenos autoinmunes. Son seguros, clínicamente comprobados. Por ello resultan imprescindibles para cualquier paciente con cáncer o enfermedades caracterizadas por la depresión inmune"*. Rotundas aseveraciones que avalan los resultados obtenidos en sólo tres meses de tratamiento y según los cuales:

- 1) El antígeno prostático disminuyó en el 100% de los pacientes.
- 2) El 63 % experimentó mejoría en los dolores óseos por metástasis.
- 3) El 76,6 % experimentó mejoría en la sintomatología urinaria.
- 4) El 93,3% experimentó mejoría en su calidad de vida.

Y todo ello sin efectos secundarios. El caso es que la experiencia acumulada en el tratamiento de numerosas enfermedades llevaría a José Olalde a escribir un nuevo libro de evidente utilidad práctica cuyo título lo dice todo: *"Teoría Unificada de Systemics y más de 500 Fórmulas Terapéuticas"*. Fórmulas entre las que se hallan las referidas al tratamiento del cáncer y que queremos recoger en este texto si bien a título puramente informativo haciéndonos eco de la advertencia que realiza el mismo en su obra *"El objetivo e intención del autor no es la de diagnosticar y mucho menos prescribir sino más bien ofrecer*

información al lector acerca de la salud que le permita colaborar y comprender mejor a su médico en su mutua cooperación en pos de la salud. Si alguien decide utilizar esta información sin la aprobación de su médico estará auto-prescribiéndose; por el ejercicio de ese derecho ni el editor ni el autor asumen responsabilidad alguna".

Dicho lo cual centrémonos en los tratamientos concretos con "plantas superiores" o *adaptógenos* que la *Medicina Sistémica* utiliza básicamente en casos de cáncer.

EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN LA MEDICINA SISTÉMICA

Como ya hemos explicado para la *Medicina Sistémica* la principal causa del cáncer es el colapso de la *Inteligencia Biológica* lo que conlleva la consiguiente bajada del nivel de energía y la desorganización del sistema biológico. Lo que no impide que aconseje actuar simultáneamente sobre los tres lados del *Triángulo de la Vida*. Esta es su propuesta para cualquier tipo de cáncer:

A) La ingesta combinada de los siguientes plantas:

- ▶ Para recuperar la **Inteligencia Biológica**: *Reishi*, *Maitake*, *Rhodiola rosea*, *Equinácea*, *Vitex agnus castus*, *Astrágalus membranaceus* y *Uña de gato* (*Uncaria tomentosa*).
- ▶ Para recuperar la **Energía**: *Ginseng siberiano* (*Eleutherococcus senticosus maxim*), *Ginseng Coreano Blanco* (*Panax Ginseng. Blanco*), *Schizandra chinensis* y *Shilajit*. Y,
- ▶ Para recuperar la **Organización**: *Sutherlandia frutesces*, *Cartílago de tiburón*, *Suma*, *Maitake*, *Tabebuia avellanedae* -planta con elevado contenido de *lapachol*, sustancia de potentes propiedades anticancerígenas-, *Andrographis paniculata* -cuyos *andrografólidos* son potentes inmunomoduladores, antialérgicos y antiasmáticos-, *Noni* (*Morinda citrifolia*), *Ginseng americano* (*Panax quinquefolius*) -planta adaptogénica moduladora con fuertes propiedades para reducir el cáncer de mama y estimular la inteligencia neuroendocrina-, *Centella asiática*, *Anamú*, *Opuntia Ficus Indica* y *Adaptobiotic* (*Hydrastis canadensis*).

B) La estimulación electromagnética (Adaptopatix). Se trata de irradiar el organismo con frecuencias electromagnéticas que, en función de las necesidades del paciente, pueden tener distintas características. Irradiaciones que...

...pueden reproducir la frecuencia electrónica de la enfermedad la cual es medida e invertida 180 grados y luego retroalimentada al organismo con el objeto de neutralizar la anomalía. ...pueden reproducir la frecuencia electrónica de un medicamento natural, sintético u homeopático que equilibra al organismo al inducir

resonancia celular.

...pueden reproducir las frecuencias de colores, olores y hasta incluso condiciones emocionales medidas e irradiadas al organismo con el objeto de estimular las células por resonancia.

...pueden reproducir las frecuencias invertidas y retroalimentadas de condiciones emocionales negativas características de la depresión o pesar las cuales también se pueden anular.

...pueden ser frecuencias electrónicas capaces de provocar la estimulación de emociones positivas.

C) La ingesta de NHD. Se trata de una combinación muy potente de vitaminas, minerales, aminoácidos y trazas minerales que conforman el sustrato bioquímico fundamental, es decir, los 100 elementos indispensables que sirven de materia prima celular para hacer posible la cascada de reacciones fisiológicas indispensables para la vida. Es muy importante para fortalecer los mecanismos de defensas del cuerpo.

D) La ingesta diaria de calcio. Está constatado que la *Inteligencia Celular* se puede rehabilitar en muchos casos con calcio. De ahí que se trate de un mineral fundamental en el tratamiento de toda enfermedad degenerativa.

Cabe agregar dos cosas:

1) *Cuando hay metástasis con dolor es conveniente consumir Artritina.*

2) *El cartílago de tiburón se debe utilizar en dosis no inferiores a 15 gramos diarios si se desea inducir un efecto antiangiogénico y 2 gramos diarios si se toma sólo como inmunoestimulante.*

CÓMO REDUCIR LOS EFECTOS YATROGÉNICOS DE LA QUIMIOTERAPIA Y LA RADIOTERAPIA

En esta revista somos contrarios al uso de la Quimioterapia y la Radioterapia en el tratamiento del cáncer. Lo que no obsta para que recojamos las propuestas que hace la *Medicina Sistémica* para paliar los brutales efectos que provocan ambos métodos en quienes deciden someterse a ella.

Fórmula para reducir los efectos de la Radioterapia:

▶ Para recuperar la **Inteligencia Biológica**: *Ginseng Coreano Blanco (Panax Ginseng Blanco)*.

▶ Para recuperar la **Organización**: *Ginseng siberiano (Eleutherococcus senticosus maxim)* y *Uña de gato (Uncaria tomentosa)*.

Fórmula para reducir los efectos de la Quimioterapia

Según los profesionales de la *Medicina Sistémica* algunas plantas superiores o adaptógenos contrarrestan en un 95% los efectos secundarios de la Quimioterapia si se toman a la vez que ésta se aplica: alopecia, náusea, leucopenia, depresión, hepatopatías, etc. De ahí que si uno se somete a ella debería reforzar su organismo con los siguientes adaptógenos:

- ▶ Plantas neuroprotectoras: *Rhodiola Rosea* y *Ginseng siberiano* (*Eleutherococcus senticosus maxim*).
- ▶ Plantas protectoras del hígado y el riñón: *Schisandra chinensis*, *Cardo Mariano* (*Cardo Lechoso*), *Astrágalus*, *Andrographis paniculada* y *Ginseng Coreano Blanco* (*Panax Ginseng Blanco*).
- ▶ Plantas inmunoestimulantes: *Astrágalus*, *Andrographis paniculata*, *Maitake*, *Equinácea* y *Reishi*.
- ▶ Plantas cardioprotectoras: *Espino*, *Rhodiola Rosea* y *Leuzea carthamoides*.
- ▶ Un complejo de vitaminas, minerales y oligoelementos.
- ▶ Resta añadir que en caso de insuficiencia renal se debe ingerir también *Chitomax*.

Cómo desintoxicar el organismo tras someterse a Quimioterapia

También cuando uno se ha sometido ya a tratamiento de Quimioterapia la *Medicina Sistémica* ofrece soluciones. Sólo que en estos casos lo que hay que hacer es desintoxicar de inmediato el organismo. Y para lograrlo sugiere el siguiente protocolo:

- ▶ Siga una dieta muy elevada en frutas y vegetales verdes.
- ▶ Consuma cada día ajo y cebolla.
- ▶ Consuma ácidos grasos insaturados de forma abundante.
- ▶ Tome 1 o 2 horas de sauna diariamente.
- ▶ Asegúrese de tomar suficiente sal, potasio y minerales cada día.
- ▶ Ingiera cápsulas de Zarzaparrilla y Equisetum.
- ▶ Consuma a diario vitaminas antioxidantes (especialmente A, C y E).
- ▶ Tome una cápsula diaria del complejo de vitaminas B.
- ▶ Ingiera suficiente calcio y magnesio.

QUÉ HACER EN DETERMINADOS TIPOS DE CÁNCER

A la fórmula genérica propuesta para el tratamiento de todo tipo de cáncer -ya comentada- la *Medicina Sistémica* añade otras posibilidades cuando éste afecta a algún órgano concreto. Son éstas:

- ▶ **En caso de cáncer de colon:** tome una penca de gel de *Sábila* diariamente sin el componente aloínico.

- ▶ **En caso de cáncer de próstata:** Tomar *S. Palmetto*, *Pygeum* y *Cardo mariano* haciendo hincapié sobre todo en la ingesta de *Maitake*, *Reishi*, *Rhodiola* y *Ginseng Coreano Blanco* (*Panax Ginseng Blanco*).
- ▶ **En caso de cáncer de útero:** haga hincapié en el consumo de *Vitex*.
- ▶ **En caso de cáncer de piel (melanoma):** haga hincapié en *Suma*, *Maitake* y *Ginseng Coreano Blanco* (*Panax Ginseng Blanco*). Y dése tópicamente gel de *Sábila* sin aloína.
- ▶ **En caso de cáncer de hígado:** haga hincapié en *Maitake*, *Resihi*, *Schizandra*, *Ginseng siberiano* (*Eleutherococcus senticosis maxim*), *Astrágalus membranaceus* y *Kang Jang*.
- ▶ **En caso de cáncer de mama y endometrio:**
 - a) Hacer énfasis en *Reishi*, *Maítake*, *Vitex*, *Suma*, *Ginseg americano* (*Panax quinquefolius*), *Ñame* y *Anamú*.
 - b) Agregar *Opuntia indica*
 - c) Disminuir el consumo de carnes y lácteos que puedan estar impregnados con hormonas sintéticas.
 - d) Consumir muchos vegetales, frutas, fibras, ajo y cebolla pero asegurándose que estén libres de pesticidas pues éstos son absorbidos por los receptores celulares estrogénicos.
 - e) Consumir elevadas cantidades de calcio y magnesio.
- ▶ **En caso de leucemia:** hacer énfasis en la *Uña de Gato* (*Uncaria tormentosa*), *Schuterlandia*, *Suma*, *Ginseng siberiano* (*Eleutherococcus senticosis maxim*) y *Astrágalus membranaceus*.

Terminamos señalando que cuando se trata de un **adenoma hipofisiario** la propuesta es ésta:

- ▶ Para recuperar la **Inteligencia Biológica**: *Vitex*, *Rhodiola*, *Maitake* y *Centella Asiática*.
- ▶ Para recuperar la **Energía**: *Ginseg americano* (*Panax quinquefolius*) y *Suma*.
- ▶ Para recuperar la **Organización**: *Harpagofito* y *Cartílago de tiburón*.

EFICACIA CONSTATADA

Sólo queda añadir que la razón de que en la *Medicina Sistémica* se utilicen fórmulas compuestas por diversas plantas se debe a que el efecto terapéutico positivo que provoca esa sinergia es muy superior al que se consigue tomando cada una de ellas por separado. Así lo demuestra la experiencia de culturas como la china o la hindú en las que -desde hace más de cinco mil años- se proponen combinaciones de hasta 50 plantas diferentes para diversas patologías.

Es importante saber también que los pacientes deberían ingerir las plantas en ayunas a fin de amplificar su impacto terapéutico... salvo si se tiene el estómago débil como consecuencia de la enfermedad. En cuanto a la dosificación que recomiendan los médicos a sus pacientes José Olalde nos manifestó: *"Cuando se utilizan fórmulas de plantas pulverizadas (no extractos) en cáncer, por su gravedad y por la alta entropía (caos) que ésta le comunica al organismo, la regla es de un promedio diario de 3 gramos de cada planta. Por ejemplo, si se trata de 26 plantas -como es el caso nuestra actual formulación contra el cáncer- la persona debe realizar una ingesta total de 3 gramos de cada planta diariamente para un total de 78 gramos al día"*.

Conviene por otra parte aclarar que hay adaptógenos que pueden actuar sobre cualquiera de los 3 lados del triángulo. El

Eleutherococcus, por ejemplo, puede actuar como hormonal e inmuno-estimulante -es decir, actuando sobre la *Inteligencia Biológica*-, como energético -y, por tanto, actuando sobre la *Energía*- y como precursor hormonal -es decir, actuando sobre la *Organización*.

El uso de plantas precisa pues, como puede apreciarse, conocimientos precisos que no están al alcance de todo el mundo. No es lo mismo, por ejemplo, consumir plantas inocuas pulverizadas que extractos de las mismas en agua o en alcohol ya que éstas normalmente sólo transmiten una parte de los principios activos lo que disminuye o altera su potencial terapéutico. Ejemplo de esto son los distintos extractos de *Ginseng*, la mayoría de los cuales pierden en el proceso de extracción algunos de los principios activos. Según nos explicaría José Olalde, en términos farmacológicos el *Ginseng* posee principalmente dos familias de principios activos: los ginsenósidos Rb y los Rg. Los primeros poseen propiedades sedantes en tanto que los segundos tienen cualidades estimulantes. Pues bien, el organismo utiliza ambas familias de principios activos para lograr el efecto adaptogénico de equilibrio o balance pero cuando se le suministra un extracto parcial de ginseng únicamente a base de ginsenósidos Rg éste actúa como un estimulante -similar a la cafeína- y deja de ser adaptógeno; es decir, pierde parcialmente las propiedades que posee de equilibrar el organismo en la dirección deseada actuando sobre cualquiera de los lados del triángulo de la salud. Además es posible que en el proceso haya adquirido los efectos secundarios de un medicamento. Por esa razón la *Medicina Sistémica* prefiere trabajar con plantas pulverizadas que no hayan sufrido proceso de extracción... salvo que se garantice que se trata de extractos totales.

Cabe agregar que las plantas, al igual que otros productos capaces de afectar nuestra salud, deben utilizarse con prudencia. Por eso todo lo recogido en este artículo debe ser analizado por el lector como simple material informativo que compartir con profesionales de la salud

conocedores de la sinergia de las plantas.

En cuanto a la eficacia de los adaptógenos en cáncer los estudios clínicos se van acumulando. De hecho, en el **I Congreso**

Internacional sobre Tratamientos Complementarios y

Alternativos en Cáncer que tendrá lugar en Madrid los días 14 y 15 de mayo del presente año los asistentes podrán conocer los resultados de nuevos estudios sobre su eficacia en cáncer en general, cáncer de mama y cáncer de próstata -incluidos enfermos en fase terminal- así como su eficacia a la hora de disminuir los efectos negativos de la Quimioterapia y la Radioterapia. Conclusiones que hasta el momento coinciden en líneas generales con lo ya que afirmara en la revista hace dos números el doctor Luis Guerrero Pulido: *"El uso de los protocolos de la Medicina Sistémica contribuye a reducir síntomas, tumoración y metástasis, inhibe la invasividad y la aparición de las metástasis y potencia los efectos benéficos de la Quimioterapia y la Radioterapia al mismo tiempo que protege al organismo y disminuye los efectos secundarios"*.

Antonio F. Muro

Cómo actúan los adaptógenos en el tratamiento del cáncer

- ▶ *Combaten los agentes agresores "invisibles"*. Es decir, palian los efectos de las radiaciones patógenas y poseen acción antiviral, antibacteriana, fungicida, antiparasitaria, desintoxicante y antipatogénica.

- ▶ *Fortalecen la Inteligencia Inmune.*

- a)** Incrementando la inmunidad humoral (es decir, aumentando los niveles de interferón, interleukina, inmunoglobulinas, properdinas, etc).

- b)** Incrementando la inmunidad celular (es decir, el número de linfocitos, monolitos, neutrófilos y granulocitos).

- ▶ *Fortalecen la Inteligencia Celular.* Lo hacen incrementando la síntesis de proteínas selectivamente en las células sanas.

- ▶ *Debilitan la Inteligencia Celular de las células cancerosas.* Lo que hacen reprogramando a las células malignas para que se autodestruyan (apóptosis),

- ▶ *Fortalecen la Inteligencia Bioquímica de las células sanas.* Dando soporte al eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal (es decir, proporcionando soporte al eje neuroendocrino).

- ▶ *Debilitan la Inteligencia Bioquímica del tumor.* Lo que se consigue gracias a la acción citotóxica de algunos adaptógenos que provocan el envenenamiento de las células cancerosas.

- ▶ *Fortalecen los órganos afectados por los tumores.* Mediante adaptógenos órgano-específicos que inhiben selectivamente el cáncer en los órganos afectados al tiempo que los fortalecen.
- ▶ *Debilitan la Organización tumoral.* Lo que se consigue porque la combinación de adaptógenos:
 - Es antimutagénica.
 - Rompe la transcripción del RNA de la célula tumoral.
 - Inhibe la mitosis (replicación) por supresión de la síntesis de pirimidinas y ADN.
 - Es antioxidante.
 - Es antiangiogénica.
 - Provocan la apoptosis de las células cancerosas.
- ▶ *Fortalecen el eje energético de las células buenas.* Al aumentar la síntesis y resíntesis de la moléculas de Energía (ATP) de las células sanas.
- ▶ *Debilitan energéticamente las células tumorales.* Al romper el ciclo energético de la célula tumoral.



Cáncer: ¿qué es y qué lo causa? (XXXI)

UKRAIN, UN POTENTE ANTICANCERÍGENO BASADO EN DOS PLANTAS

Ukrain es un producto elaborado a partir de los alcaloides de una planta -la *Celidonia Mayor (Chelidonium Majus L.)*- y de un producto sintético -*Tiothepa*- que inyectado en vena en dosis terapéuticas destruye las células cancerosas al provocar su "suicidio" o apoptosis sin afectar a las sanas como demuestran numerosos ensayos clínicos. El producto, tras ser inyectado, se acumula rápidamente en la zona del tumor dando incluso lugar al encapsulamiento de los más grandes gracias a su efecto antiangiogénico (impide la formación de vasos tumorales) lo que facilita su extracción sin peligro de metástasis. Además regenera el sistema inmunitario. **Ukrain** ha sido testado en más de 100 líneas de células cancerosas habiéndose demostrado su eficacia en todos los casos.

A lo largo de estos últimos tres años hemos ido ofreciendo en la revista nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del cáncer que,

a diferencia de las convencionalmente utilizadas, permiten abordar la enfermedad de manera eficaz y de forma mucho menos tóxica y agresiva. Y gracias al acceso de los pacientes a estas nuevas informaciones algunos mitos han empezado a derrumbarse. A quienes sufren en sus propias carnes o en la de sus seres queridos el cáncer se les dice desde hace años que los nuevos tratamientos o soluciones terapéuticas de los que han oído hablar -muchos de los cuales los hemos dado a conocer en la revista- los promocionan en realidad "charlatanes" y "vividores" que se "aprovechan" de la situación dramática de enfermos y familiares para vender cualquier cosa. Afortunadamente son cada vez más las personas que ya no se creen tan falaz argumento. Es más, esa particular versión del "hombre del saco" que utilizan habitualmente muchos oncólogos ante quienes se permiten sugerir o preguntar sobre propuestas diferentes a las que ellos aplican no es sino producto del miedo o de la falta de información sobre nuevos desarrollos terapéuticos. Porque lo cierto es que hay bastante más alternativas -científicamente fundamentadas- de las que ellos manejan. Así lo venimos demostrando en esta revista, se comprobará en el *I Congreso Internacional sobre Tratamientos Complementarios y Alternativos en Cáncer* que se celebrará en Madrid los días 14 y 15 de Mayo y queda una vez más de manifiesto en este artículo en el que abordamos la existencia de otro producto anticancerígeno -desconocido por la mayoría los oncólogos- denominado *Ukrain*.

Y no crea el lector que se trata de algo reciente. Hablamos de un producto investigado ya por ciento 159 de 21 países pertenecientes a 56 universidades e institutos de investigación. cuyos resultados han sido presentados en 220 congresos y simposios científicos internacionales. De hecho, sus efectos han sido descritos en 192 publicaciones científicas de las que más de un centenar están accesibles en Internet a través de *Medline*.

En el apartado de *Conclusiones* de algunos de esos trabajos publicados en revistas científicas y desarrollados en instituciones científicas pueden leerse afirmaciones como las siguientes:

► Respecto al **cáncer de próstata**: *"De acuerdo a los resultados del tratamiento (con Ukrain) 54 pacientes (73%) quedaron completamente libres de cáncer. Teniendo en cuenta la presencia de pacientes con altos marcadores Gleason y el fracaso de los tratamientos normales este resultado excede la proporción de respuesta de todos los métodos existentes para el tratamiento de cáncer de próstata" ("Ukrain in the treatment of Prostate Cancer Patients")*.

► Respecto al **cáncer de páncreas**: *"Nuestros datos demuestran que Ukrain mejora la calidad de vida en los pacientes que sufren*

cáncer pancreático avanzado y prolonga significativamente su tiempo de vida" (**"Efficacy of Ukrain in the treatment of pancreatic cancer"**).

► Respecto a la **hepatitis C**: *"La terapia individual con Ukrain e Interferon-alfa 2b aumentó la eficacia dos veces y media comparada con la monoterapia normal con las mismas preparaciones, y significativamente disminuyó el número de efectos colaterales, mejorando sustancialmente la proporción coste-efectividad"* (**"Preliminary results of individual therapy of chronic hepatitis C by Ukrain and interferon-alpha"**).

► Con carácter general: *"Los resultados de la terapia con Ukrain son excelentes sobre todo teniendo en cuenta que los pacientes habían agotado todas las formas convencionales de terapia contra el cáncer. Además el producto aporta beneficios terapéuticos claros para diversos tipos de tumor como el cáncer de la próstata, el cáncer del páncreas y el cáncer colorectal para los que no hay ningún tratamiento satisfactorio actualmente. Los resultados de este estudio indican que la investigación sobre Ukrain debe enfocarse sobre el seminoma, el cáncer de próstata, el neuroblastoma, el sarcoma de Ewing, el astrocitoma, el cáncer de pecho, el cáncer ovárico, el cáncer del estómago, el cáncer colorectal y el carcinoma pulmonar de célula pequeña".* (**"Retrospective study of Ukrain Treatment in 203 patients with advanced-stage tumors"**).

Y es sólo una muestra. Son muchos los estudios que hablan de las posibilidades anticancerígenas de este producto.

UKRAIN: UN COMPUESTO SEMISINTÉTICO

¿Y qué es el *Ukrain*? Pues se trata de un producto elaborado a partir de diversos alcaloides extraídos de la *Celidonia Mayor* (*Chelidonium Majus*) -planta perenne de la familia de las *Papaveraceae*- y de una droga sintética -la *Tiothepa*- que fue desarrollado por el investigador ucraniano **Jaroslav W. Nowicky** (de ahí el nombre del producto). La *Celidonia Mayor* (*Chelidonium Majus* L.) es una planta de un metro de alto que se encuentra en Europa, Asia y América del Norte cuyos elementos contienen una gran cantidad de látex que al entrar en contacto con el aire aparece primero como anaranjado y después como rojo. Su olor es repelente y su sabor muy amargo y fuerte. En cuanto a sus propiedades terapéuticas hay que decir que son conocidas desde hace milenios. Los antiguos griegos, por ejemplo, notaron que la planta surgía cuando las golondrinas llegaban y se marchitaba cuando éstas se marchaban; por eso la llamaron *Chelidonium* o "planta de la golondrina" (*Chelidon* quiere decir golondrina). Sus propiedades terapéuticas se deben a los alcaloides -unos compuestos de profundo impacto biológico en dosis muy pequeñas presentes en sus hojas

(alrededor de 0.25-0.4%) y en sus raíces (0.5-0.8%)- siendo los más importantes la *quelidonina* (39-58%), la *protopina* (18-22%) y la *estilopina* (12-18%). Hay que agregar que además de los alcaloides la planta contiene flavonoides, vitamina C, proteasas y otros muchos elementos.

La primera mención sobre las aplicaciones curativas de la *Celidonia Mayor* se encuentran en el denominado *Papiro de Ebers* -datado en el 1550 a.C.- aunque la sugerencia de que podía ser eficaz como remedio para los tumores malignos aparece por primera vez en el primer libro impreso sobre tratamientos herbarios que se publicó en 1536.

En la medicina popular la hierba, raíces y savia fresca de *Celidonia Mayor* han venido siendo aplicadas para problemas hepáticos y de vesícula, en la curación de heridas y úlceras, en el tratamiento de callosidades, verrugas, eccemas y sarna así como en las formas iniciales de lupus eritematoso, estomatitis y neoplasma.

Sería en todo caso a comienzos de los años 70 del pasado siglo XX cuando Nowicky -que no era médico sino ingeniero- comenzó a trabajar junto a un grupo de científicos de la Facultad de Medicina de *Lvov (Ucrania)* en el desarrollo de un tratamiento para el cáncer. Su hermano había sido diagnosticado de cáncer testicular y Nowicky recordó que en su país las curanderas siempre habían usado *Celidonia Mayor* contra el cáncer conociéndose casos de cánceres superficiales que se habían curado a través de la aplicación repetida de la leche de la *Celidonia Mayor* cuyo nombre popular en ucraniano, por cierto, es "*planta de la verruga*". El caso es que Nowicky se enteró de que con una solución inyectable de *Celidonia Mayor* y *Tiothepa* se habían logrado algunos resultados positivos en enfermos y animales por lo que aprendió a poner inyecciones practicando en manzanas y luego, con la ayuda de un amigo que permaneció vigilando, inyectó la solución a su hermano en el baño del hospital en el que estaba ingresado.

La primera reacción fue un aumento de la temperatura pero poco a poco su condición mejoró así que Nowicky se llevó a su hermano a casa y allí continuó con las inyecciones durante dos meses hasta que los tumores desaparecieron. Sería a partir de ese momento cuando comenzaría a investigar la leche de la *Celidonia mayor*. Obviamente no fue la primera persona en hacerlo pues para entonces ya se habían investigado distintos tipos de alcaloides al saberse que algunos resultaban tóxicos para las células despertando el interés de los investigadores del cáncer... sólo que sin lograr resultados especiales. Nowicky se dedicó pues a estudiar a fondo y en detalle todo lo que la medicina natural había dejado registrado sobre el uso de la planta dándose cuenta de que cuando se producía una curación... la leche de la planta se había recogido en invierno. A partir de esa constatación

concluiría que la proporción de alcaloides así como su cantidad y calidad dependen de las estaciones. Al parecer en invierno la planta contiene algunos alcaloides que casi desaparecen en verano. Nowicky concentró entonces su investigación en un grupo de ocho de esos "alcaloides invernales" si bien en 1974 decidió continuar las investigaciones fuera de la Ucrania soviética donde las condiciones no eran las mejores y trasladarse a Austria. Poco sospechaba que aquella decisión le llevaría a un largo calvario burocrático que aún perdura. Una vez en Austria se dedicaría a buscar la combinación de alcaloides idónea a fin de lograr la más notable actividad citotóxica posible pero procurando, a la vez, minimizar o anular los efectos secundarios en las células sanas. Y terminaría lográndolo. El producto final sería un extracto de alcaloides en forma de polvo cristalino amarillo-rojo que contiene principalmente *quelidonina* (49%), *protopina* (13%) y *estilopina* (12%)... pero al que se añadiría *Ácido Thiophosphoric Triaziridide o Tiothepa*. Una mezcla que se caracteriza porque anula la toxicidad de los alcaloides en las células sanas. Al producto lo denominaría *Ukrain* en honor a su patria.

PROPIEDADES DEL UKRAIN

Los estudios sobre el *Ukrain*, a pesar de todas las trabas que encontraría Nowicky, son hoy numerosos. Y casi todos los investigadores coinciden en señalar que sus efectos biológicos sólo pueden ser explicados en función de la interacción con la *Tiothepa* y no sólo por las propiedades aisladas de los alcaloides de la *Celidonia Mayor*. En cualquier caso las investigaciones realizadas hasta el momento muestran las siguientes propiedades:

EFFECTOS CITOSTÁTICOS Y CITOTÓXICOS

Ukrain tiene efectos citostáticos -inhibe el crecimiento desordenado de las células- y citotóxicos -destruye las células cancerosas- pero lo singular es que lo hace sin afectar negativamente a las células sanas. En uno de los estudios se llegó a administrar dosis de entre 5 y 50 mg de *Ukrain* por vía intramuscular o intravenosa a 19 personas sanas cada dos o tres días durante un periodo de 40 días... y en todos los casos las personas se encontraron perfectamente.

El efecto citostático de los agentes antitumorales se relaciona con el concepto de apoptosis o muerte celular programada selectiva, un proceso controlado por los mecanismos genéticos y basado en la permeabilidad cambiante y destrucción de las membranas celulares así como en la división del ADN. Pues bien, en las investigaciones "in vitro" de cultivos celulares de leucemia humana K-52 I, por ejemplo, dosis bajas de *Ukrain* indujeron primero la apoptosis clásica basada en la destrucción de la membrana celular mientras que con dosis altas se

pudo apreciar una segunda forma de apoptosis inducida al actuar sobre el ADN de la célula maligna.

Cabe añadir que *Ukrain* fue evaluado en el *Nacional Cancer Institute (NCI)* de Estados Unidos como parte de su programa de valoración de medicamentos. Este programa utiliza 60 líneas de células humanas cancerígenas que representan los tumores más habituales. Pues bien, todas las líneas sufrieron una inhibición del crecimiento tumoral entre el 50% y el 100% llegando a reducirse la masa celular en altas concentraciones. Y destaca que la concentración más alta de *Ukrain* inhibió sólo ligeramente la proliferación de células sanas (células endoteliales, fibroblastos, keratinocitos, células epiteliales prostáticas) sin efecto tóxico alguno. Sirva como ejemplo comparativo que la conocida sustancia *5-Fluorouracil*, investigada bajo las mismas condiciones, sólo consiguió inhibir el crecimiento en unas cuantas líneas celulares y eso en altas concentraciones -10 veces superiores al *Ukrain*- a pesar de lo cual no se constató reducción de la masa celular. También la verificación efectuada en el *Laboratory for Biological Research* de Japón demuestra los efectos citotóxicos del *Ukrain*. Y lo mismo cabe decir de una investigación llevada a cabo en la *Clínica Mayo* de Estados Unidos en distintas líneas de células cancerígenas.

Capacidad selectiva.

La toxicidad selectiva -es decir, la constatación de que *Ukrain* ataca las células malignas y no las sanas- está probado en numerosos estudios tanto "in vitro" como "in vivo". Así se puso ya de manifiesto ante la comunidad científica en el *XIII Congreso Internacional de Quimioterapia* celebrado en Viena en 1983 y en el *XI Congreso Internacional sobre Tendencias Futuras en Quimioterapia* celebrado en Ginebra. Es más, no produce efectos tóxicos en las células sanas ni siquiera en concentraciones 100 veces superiores a las que resultan letales para todas las líneas de células de cáncer probadas lo que puede relacionarse con las diferentes proporciones de captación de la droga por las células tumorales y las sanas.

Fluorescencia.

La captación selectiva de la droga ha sido posible estudiarla gracias a que bajo luz ultravioleta *Ukrain* muestra fluorescencia amarillo-verdosa. Su frecuencia queda dentro del rango de 220-490 nm. Este rango espectral tan ancho es debido a la presencia de un variado grupo de alcaloides en el producto. Su sensibilidad es sumamente alta: ha podido constatare fluorescencia incluso a una concentración del producto de 0.000007 mg/ml. Esta propiedad es también constatable en los organismos vivos.

Después de las inyecciones locales o intravenosas su acumulación se

constata por el efecto fluorescente manifestado en el propio tumor y en la frontera entre el tumor y el tejido saludable. En la mayoría de los casos se produce varios minutos después de la inyección y puede ser observado dentro de un rango de tiempo que oscila de varios minutos a 19 días. También ha quedado constatado que la respuesta positiva al tratamiento de *Ukrain* coincide con el fenómeno de la fluorescencia. De hecho, se ha comprobado en tumores en animales experimentales que el tratamiento infructuoso siempre se acompaña por la ausencia de fluorescencia. Después de la administración parenteral la presencia de *Ukrain* aumenta rápidamente en el tumor y sus metástasis lo que se puede apreciar fácilmente con los rayos ultravioletas aumentando de esta manera la posibilidad de diagnóstico de las metástasis y facilitando la intervención quirúrgica de las mismas.

Restricción del consumo de oxígeno.

Se ha comprobado que las altas concentraciones de *Ukrain* en las células cancerosas se acompaña por una alteración del consumo de oxígeno. "In vitro" *Ukrain* aumenta inicialmente el consumo de oxígeno tanto en las células sanas como en las malignas pero mientras a los 15 minutos el consumo vuelve a ser normal en las células sanas el oxígeno deja de llegar a las células malignas y éstas mueren.

Efecto antiangiogénico.

Ukrain inhibe también la formación de nuevos vasos sanguíneos a través de los cuales el tumor se alimenta y las células cancerígenas pueden extenderse a otros lugares dando lugar a la metástasis. De ahí que su aplicación antes de una intervención quirúrgica sirva para encapsular el tumor y mejorar las posibilidades de la operación. Basta un mes de terapia con *Ukrain* para que el tumor comience a encapsularse. Por otra parte, administrado en el postoperatorio evita -siempre según los estudios realizados- la formación de metástasis.

Modulador inmunológico.

Numerosos trabajos demuestran que *Ukrain* es además un eficaz modificador de la respuesta inmune estimulando el sistema inmunitario de forma selectiva. La recuperación de los parámetros inmunes se relaciona estrechamente con la mejoría en el curso clínico de la enfermedad. El doctor **Andrejs Liepins** -de la *University of Newfoundland (Cánada)*- ha demostrado que después del tratamiento con *Ukrain* los linfocitos aumentan su capacidad para terminar con las células cancerígenas. Estas propiedades han sido probadas "in vitro", "in vivo" y en estudios clínicos.

Modo de aplicación y dosis.

Falta decir que las inyecciones intravenosas han demostrado ser la mejor forma de aplicación. En cuanto a la dosis óptima -con la que se consiguieron la mayoría de las remisiones tumorales- la idónea es entre 7 y 10 mg por inyección para una persona de 70 kilos de peso.

ESTUDIOS CLÍNICOS

Como ya adelantamos son numerosos los estudios que recogen las enormes posibilidades del *Ukrain*. Citaremos pues sólo algunos ejemplos significativos. Es el caso de un grupo de 203 pacientes con distintos tipos de cáncer en estado avanzado que habían agotado ya todas las formas convencionales de terapia y fueron tratados con *Ukrain* durante dos años y medio en la Villa Medica Clinic de Endekoben (Alemania). Los resultados fueron resumidos por el doctor **B. Aschhoff** en el estudio *"Retrospective study of Ukrain Treatment in 203 patients with advanced-stage tumors"*. Según se explica en él 77 pacientes -el 37'4%- fueron tratados simultáneamente con *Ukrain* e hipertermia profunda pero además recibieron un tratamiento complementario con selenio, cimetidina, extracto de timo y vitamina A. Pues bien, el estudio indica lo siguiente: *"En vista del avanzado estado de la enfermedad los resultados de la terapia fueron sorprendentes. 41 pacientes -el 20,2%- experimentaron una remisión completa, 122 -el 60'1%- una remisión parcial y sólo 40 -el 19'7%- no respondieron al tratamiento. La mejor respuesta fue en pacientes con seminoma -tres de cuatro pacientes tuvieron una remisión completa y el restante una remisión parcial- y en cáncer de próstata: 14 de 20 - el 70%- experimentaron remisiones completas y 5 parciales"*. El estudio sirvió para constatar también las posibilidades inmunomoduladoras del *Ukrain*. *"A la vista de tan sorprendentes resultados -finaliza diciendo el estudio- la cuestión a plantearse es cuál habría sido el efecto del Ukrain si hubiera sido administrado en las etapas iniciales de la enfermedad"*.

En el estudio *"Efficacy of Ukrain in the treatment of pancreatic cancer"* de **V. Zemskov** y otros -del *Department of General Surgery de la National Medical University de Kiev* (Ucrania) publicado en el año 2000 se evaluó el efecto del *Ukrain* en el tratamiento del cáncer de páncreas. Entre enero de 1996 y diciembre de 1999 fueron tratados 21 pacientes. Pues bien, el 76% de los enfermos tratados con *Ukrain* vivía un año después frente al 9'5% del grupo de control. Es más, la media de supervivencia con *Ukrain* fue de 574 días y la del grupo de control. 19'7 días. *"Nuestros datos -concluye el estudio- demuestran que Ukrain mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer pancreático avanzado y prolonga significativamente su tiempo de vida"*.

El *Ukrain* puede utilizarse como monoterapia o combinado con otros

productos. El doctor **F. Gansuage** -del *Department of General Surgery de la University of Ull* (Alemania), después de realizar un primer estudio con *Ukrain* en pacientes de cáncer de páncreas (*"en nuestro estudio previo definimos al Ukrain como un potente agente en la terapia de cáncer de páncreas avanzado"*) decidió completarlo con el seguimiento de otros cuatro pacientes con cáncer pancreático avanzado que habían agotado los métodos convencionales de terapia a los que decidió tratar con *Ukrain* y *Gemcitabine*. *"Nuestra experiencia en estos cuatro casos usando Ukrain como terapia paliativa -escribe en sus conclusiones- permite una supervivencia de 12 meses sin ningún tipo de efectos colaterales serios. Aún más, el tratamiento se realiza de forma ambulatoria permitiendo a los pacientes trabajar y tener una buena calidad de vida, algo que no es normal en esta categoría de pacientes de cáncer. En base a estos resultados recomendamos el uso de Ukrain tanto en monoterapia como en combinación con Gemcitabine para la terapia en cánceres pancreáticos avanzados."*

En otro trabajo titulado *"Ukrain, an alkaloid thiophosphoric acid derivative of Chelidonium majus L. protects human fibroblasts but not human tumour cells in vitro against ionizing radiation"* dirigido por **N. Cordes** los investigadores establecieron que el producto tiene propiedades potenciales para complementar los tratamientos radioquimioterápicos dadas sus propiedades para modular la radiación tóxica en líneas de células cancerosas humanas.

En otro estudio realizado con 42 pacientes con cáncer de páncreas patológicamente verificado el profesor **Zemskov** -de la *National Medical University* de Kiev (Ucrania)- dispuso dos grupos. Uno fue tratado con vitamina C más *Ukrain* y el otro con vitamina C más una solución normal de cloruro sódico. La dosificación de la terapia con *Ukrain* fue de 10 mg por vía intravenosa cada dos días hasta llegar a los 100 mg. Bueno, pues la tasa de supervivencia tras 1 año de tratamiento alcanzó el 76% en el grupo tratado con *Ukrain* frente al 9'5% del grupo de control.

Y la tasa de supervivencia al cabo de 2 años fue de un 48% en los pacientes tratados con *Ukrain* frente al 5% del grupo de control. En el caso del carcinoma colorectal el doctor **Susak** realizó -junto a otros investigadores- un estudio con 96 pacientes: *"Comparison of Chemotherapy and X-ray Therapy with Ukrain Monotherapy for Colorectal Cancer"*. La mitad -15 con metástasis y 33 con carcinoma colorectal sin metástasis- fue tratado sólo con *Ukrain* y la otra mitad con 5-Fluorouracil y radioterapia. Pues bien, mientras la proporción de supervivencia (a 21 meses) entre los pacientes tratados sólo con *Ukrain* fue del 78'6% en el grupo de control sólo llegó al 33'3%.

"Ukrain - concluye el estudio- es una nueva droga eficaz en la terapia contra el cáncer colorectal. Puede ser útil tanto para la terapia de

cáncer colorectal con metástasis como para la terapia contra el cáncer colorectal que no presente metástasis".

Y podríamos citar muchas otras investigaciones sobre efectos similares en otros tipos de cáncer. Es más, no faltan tampoco casos individuales sorprendentes publicados. El doctor Zemskov, por ejemplo, publicó en *"Ukrain treatment in a patient with breast carcinoma. Case report"* cómo una mujer de 50 años con cáncer de pecho en fase IV fue tratada con *Ukrain* porque se consideró inútil hacerlo ya con quimioterapia y radioterapia observándose pronto la mejoría de su condición general así como cambios objetivos tales como la aparición de un borde bien definido entre el tumor y los tejidos sanos y una reducción en el tamaño del tumor. *"Ukrain -concluiría Zemskov- facilitó que se retirara el tumor primario así como la metástasis en los nódulos linfáticos. Después de un segundo y un tercer tratamiento con Ukrain la paciente demostró remisión clínica".*

El doctor **O. L. Prokopchuk** -del Kiev Centre of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery- tiene también otro caso singular publicado: *"Ukrain treatment in a patient with metastatic renal cell carcinoma extending to the vena cava inferior. Case report."* Es el de un hombre de 52 años con carcinoma celular renal que fue tratado con cirugía y quimioterapia con nulos resultados y cuyo tumor se extendió a la cava inferior y al hígado momento en el que se inició el tratamiento con *Ukrain*. *"La droga -refleja el informe- indujo una remisión completa que ha durado 32 meses desde el inicio de la terapia".*

Terminamos diciendo que los estudios están a disposición de todo aquel -oncólogo o no- que quiera profundizar en el producto. Nosotros sólo podemos añadir que resulta inexplicable que aún no sea un tratamiento de referencia. Claro que del *Ukrain* se ha llegado a decir que podría sustituir a la mayoría de los productos quimioterápicos y... ¿alguien cree que ante esa posibilidad la industria del cáncer iba a permanecer impasible? Evidentemente, no. Antes bien, ha hecho lo imposible para evitar que su eficacia sea conocida y reconocida.

UNA HISTORIA "CRIMINAL"

Elen Thun-Hohenstein recoge precisamente en una obra titulada *Anticancer Pharmaceutical Ukrain-Criminal Story of a Prevention* las dificultades que Nowicky ha tenido que afrontar para tratar de sacar al mercado el *Ukrain*. *"Mi investigación sobre el Ukrain -explica la autora en el libro- se ha terminado convirtiendo en el relato de una historia criminal"*. Y es que, efectivamente, la autora relata en su obra de forma pormenorizada las innumerables trabas burocráticas, los silencios culpables, los despidos injustificados, los robos, los teléfonos pinchados y las amenazas directas sufridas por Nowicky. Incluso denuncia la intervención de los servicios secretos en lo que ha definido

como "una interminable carrera de obstáculos".

"De forma incansable -escribe Elen Thun-Hohenstein- Nowicky aportó la documentación que las autoridades repetidamente le exigieron sólo para que le fuera manifestado entonces que los documentos pedidos y entregados seguían sin ser suficientes. Como Don Quijote, se ha esforzado contra una burocracia que, como veremos, no quiere registrar su medicamento". La introducción del libro recuerda inevitablemente lo ocurrido con el Bio-Bac.

"El mismo ministerio y sus funcionarios que certificaron una proporción positiva riesgo-beneficio para sustancias muy tóxicas como el Taxol y la Cisplatina para el tratamiento del cáncer -denuncia Elen Thun- lucharon contra Ukrain con celo casi religioso. Y eso que las exigencias para su registro debieran ser sumamente simples ya que la preparación no es tóxica y, por consiguiente, no es peligrosa. El Ministerio de Salud tiene las pruebas pertinentes de ello desde hace mucho tiempo". Y añade: *"En cuanto a su eficacia terapéutica se ha demostrado claramente en cultivos celulares (in vitro), en experimentos animales (in vivo) y en estudios clínicos (...) Es por tanto totalmente incomprensible que durante veinte años su inventor no haya sido capaz de registrar su producto anticancerígeno máxime cuando inicialmente contó con el apoyo del Ministerio de Ciencia austriaco".*

La autora recuerda a lo largo del libro diversos episodios significativos. Como el momento en el que Nowicky rechazó la oferta de una importante multinacional farmacéutica porque se negaba a aceptar que su descubrimiento pasara a ser controlado por ella perdiendo cualquier poder de decisión sobre el producto.

*"A Nowicky -agrega en su libro Elen Thun-Hohenstein- le obsesiona aún el momento en el que comenzaron sus dificultades. Fue muy poco después de su llegada a Viena. El Canciller austriaco no sólo le había puesto en contacto con el doctor **Heinrich Wrba** -director del Boltzmann Cancer Research Institute (responsable por cierto de la expulsión de Nowicky del mismo)- sino también con la Ministra de Salud **Ingrid Leodolter**. En 1976 acudió a una reunión en el ministerio en la que además de Nowicky y la ministra estaban presentes un funcionario de la sección de Registros y el doctor **Karer** que había llevado a cabo estudios clínicos para la industria farmacéutica. El centro de la discusión fue el descubrimiento de Nowicky. Karer afirmó en la reunión que la patente de Nowicky no era 'nada especial' y no merecía la pena la cantidad de trabajo invertida en el producto. '¿Que no es de ningún interés?' replicó furioso Nowicky quien aún hoy recuerda aquello enojado. Y estalló: 'Cómo puede usted decir eso cuando mi sustancia es trescientas veces menos tóxica que los citostáticos normales?' En ese momento **Walter Hiesmayr**, con*

quien Nowicky había trabajado en sus primeros tiempos en Austria en el Boltzmann Cancer Research Institute, había probado ya 'in vitro' la sustancia que Nowicky había bautizado como 'Ukrain' así como en ratas y ratones. Lo mismo que había constatado su propiedad fluorescente. Sin embargo, a la Ministra de Salud no parecía impresionarle nada de eso y se limitó a poner calma. 'Señores, por favor, dejen de discutir'. Eso fue lo más lejos que llegó.

Inmediatamente después Nowicky fue obligado a dejar su primer laboratorio. La reflexión le llevaría a concluir con el tiempo que fue precisamente en el Ministerio de Salud donde se empezó a poner obstáculos a su trabajo".

Hoy, su lucha por tratar de situar el *Ukrain* en el lugar que le corresponde continúa. Actualmente sólo está autorizado en Estados Unidos y Australia -con el status de "Medicamento Huérfano" para el cáncer pancreático- así como en México.

Antonio F. Muro

Más información en: www.ukrin.com y www.ukrain-drug.net



Cáncer: ¿qué es y qué lo causa? (XXXII)

PULSOS ELECTROMAGNÉTICOS CONTRA EL CÁNCER: EL PAPIMI

¿Tiene el cáncer su origen en un nivel extremadamente bajo de energía en el interior de la célula siendo ello lo que provoca un funcionamiento metabólico erróneo, la posibilidad de muerte celular y, como respuesta, la multiplicación desenfrenada para sobrevivir? Tal es al menos lo que sostiene el investigador Panos T. Pappas .miembro del Consejo Asesor de nuestra revista- y los casos tratados con el *Papimi* -un aparato capaz de producir pulsos magnéticos iónicos del que ya hemos hablado- parecen darle la razón. El *Papimi* aumenta la potencia transmembrana de las células hacia un estado saludable de -70 milivoltios en el que las células cancerígenas consideran "innecesario" dividirse para sobrevivir al tiempo que mejoran el funcionamiento del sistema inmune.

Casi todos nosotros hemos sido sometidos alguna vez a campos

electromagnéticos, ya sea como elemento de diagnóstico o como factor de recuperación de una lesión, normalmente ósea o muscular. De hecho, durante las últimas décadas ha sido cada vez más usual la utilización de dispositivos electromagnéticos en la recuperación de este tipo de lesiones obteniéndose notables mejorías que han evitado intervenciones quirúrgicas, invasivas y mucho más caras. Sin embargo, la investigación no se ha detenido en los buenos resultados obtenidos en tendinitis, artrosis, periartrosis o reuma. Más tarde se demostrarían sus beneficios contra el dolor. En un artículo de marzo del 2003 titulado *"Pain management with pulsed electromagnetic field (PEMF) treatment"* **William Pawluk** -médico y profesor asistente en la Escuela de Medicina de la *Johns Hopkins University*- resume las posibilidades de los campos electromagnéticos pulsantes. *"Se ha demostrado que con los campos electromagnéticos pulsantes de diversa potencia y frecuencia -escribe Pawluk- se obtienen buenos resultados en una amplia serie de situaciones dolorosas con un riesgo mínimo comparados con el potencial invasivo de otras terapias y el riesgo de toxicidad, adicción y complicaciones de los medicamentos. Los profesionales se están dando cuenta gradualmente de su potencial para tratar con éxito o mejorar una miríada de problemas (...)"* Y añade: *"Los campos electromagnéticos afectan a la percepción de dolor de muchas maneras diferentes. Lo alivian de manera directa al influir sobre las neuronas afectadas, los movimientos del ion de calcio, los potenciales de la membrana, los niveles de endorfinas, el óxido nítrico, los niveles de dopamina y la regeneración de los nervios. En cuanto a los beneficios indirectos de los campos magnéticos en las distintas funciones fisiológicas pueden apreciarse en la circulación, el aparato músculo-esquelético, los edemas, el nivel de oxígeno en los tejidos, las inflamaciones, el metabolismo celular y los niveles de energía de las células".*

Pues bien, precisamente es esa capacidad para intervenir en los procesos metabólicos a nivel celular lo que ha llevado a distintos médicos e investigadores a utilizarlos contra enfermedades más graves como el cáncer o el sida. Al punto de que podemos estar a las puertas de una revolución similar a la que supuso la incorporación de la imagen electrónica al diagnóstico.

Norman Harden, editor de los boletines de la *American Pain Society*, (*Sociedad Americana del Dolor*), ha escrito al respecto: *"En la década de los 50 y los 60 del pasado siglo XX la comunidad científica predijo que los campos magnéticos nunca podrían ser usados para ofrecer imágenes del interior de nuestro cuerpo ridiculizando los esfuerzos de quienes estaban inmersos en la investigación. Ahora contamos con imágenes precisas de nuestro organismo gracias a la resonancia magnética. El cuerpo humano es bioeléctrico y biomagnético. Es lógico*

pues asumir que la energía electromagnética impacta en las funciones de los organismos, quizás terapéuticamente. Hay ya estudios randomizados, controlados y en progreso que están poniendo de manifiesto el verdadero valor de la terapia magnética en la enfermedad humana y el dolor".

Panos T. Pappas, prestigioso investigador griego, profesor permanente de Física y Matemáticas en el *Instituto Tecnológico del Pireo* y especialista internacional en Electromagnetismo y Electrodinámica durante los últimos 7 años ha concentrado sus esfuerzos en los efectos químicos y biológicos producidos por los pulsos iónicos inducidos. Fruto de cuya experiencia es el *Papimi* (PAP por Pappas e IMI por Ion *Magnetic Induction*), un aparato aprobado por autoridades médicas e industriales como dispositivo médico de clase II, y que está siendo ya utilizado como recurso terapéutico en muchos hospitales y centros privados de Estados Unidos y Europa. *"El Papimi -confirma su creador- está diseñado para inducir y así restaurar la carga iónica perdida para que la célula supere sus problemas. Con abundancia de energía interior -o bioenergía- la célula supera la dificultad eléctrica y ello le permite mantener el equilibrio de la concentración iónica, el equilibrio de potencial de membrana y el funcionamiento eficaz de la bomba sodio-potasio".*

El *Papimi* utiliza micro-pulsaciones -con una frecuencia de 2-3 por segundo en lapsos de un nanosegundo (menos de 1 millonésima de segundo)- produciendo una "onda" electromagnética que penetra hasta 15 cms. de profundidad en la zona afectada. Usa un transformador de diseño especial que le permite aplicar un voltaje de hasta 50.000 voltios capaz de generar un pulso iónico que es el que actúa sobre las células. El *Papimi* no aplica ningún tipo de corriente eléctrica sobre el cuerpo; la energía es "inducida" por un operador que maneja la sonda del dispositivo sobre la zona afectada sin que exista contacto físico. Y cuenta además con un doble sistema de seguridad con alarma interior capaz de detectar cualquier fuga de electricidad y detener inmediatamente la máquina. En todo caso, de las distintas aplicaciones del *Papimi* ya informamos ampliamente en el **número 70** de nuestra revista. Hoy queremos referirnos a su utilidad en el tratamiento del cáncer.

TEORÍA DEL CÁNCER DE PANOS T. PAPPAS

Para poder entender la teoría de Panos T. Pappas -que sostiene que la aparición del cáncer se debe a un problema de déficit energético de la célula- es preciso comprender previamente el concepto de *potencial de membrana*. Y éste no es sino el voltaje que dan a la membrana celular las concentraciones de los iones de sodio (Na) y potasio (K) situados a ambos lados de la misma. Y es que de su cantidad depende

la polaridad de la membrana cuyo potencial se cifra en torno a los -90 milivoltios en estado de reposo saludable.

Cabe agregar que los datos sobre la importancia del *potencial de membrana* y su relación con la enfermedad fueron confirmados en 1986 por **R. Bingelli** y **C. Weinstein** que establecieron la siguiente clasificación:

- ▶ Potencial de membrana de la célula: desde -100 miliV hasta 0 miliV.
- ▶ Células sanas no proliferantes: entre -100 y -75 miliV.
- ▶ Células alteradas pero benignas: entre -75 y -35 miliV.
- ▶ Células tumorales cancerosas: entre -35 miliV y -5 miliV.

Bueno, pues tras diez años de estudios sobre el comportamiento bioeléctrico celular Pappas ha concluido que el *"cáncer se debe a un estado extremadamente bajo de energía celular manifestada por un potencial de membrana de -15 miliV que provoca una cadena de funcionamientos defectuosos específicos de la célula y un estado general de isquemia en el organismo"*. Este proceso sería común a todas las formas de vida tanto a nivel individual (humanos, animales, plantas, y diversos micro-organismos) como a nivel grupal. A nivel biológico la respuesta a la crisis es la reproducción celular. *"La crisis de energía de un área más pequeña de células -sostiene Pappas- se difunde o se extiende a un área más amplia debido al principio más básico y fundamental de la Física: el principio de la conservación de energía y el principio de conservación de la materia"*. A nivel de organismos la situación es similar. Las especies que sufren de estrés en su batalla diaria por la supervivencia y la comida tienden a multiplicarse más rápido y en grandes cantidades. Al contrario, los organismos, animales o sociedades avanzadas se multiplican relativamente muy despacio y en menor número. Los animales más grandes -tanto los elefantes como los humanos- se multiplican muy despacio comparados con los animales pequeños -como los conejos u otros organismos primitivos-. Es sabido que las sociedades desarrolladas tienen índices de natalidad muy inferiores a los de las sociedades subdesarrolladas.

El caso es que -siempre según Pappas- cuando en un punto del organismo, fruto de distintas situaciones biológicas, se produce una crisis de energía sostenida el resultado se traslada a las células cercanas. Es decir, cuando un tumor reclama energía y nutrientes esa inanición se transmite a las células adyacentes que sufren para conseguir oxigenarse y nutrirse de forma adecuada con lo que su metabolismo comienza a resentirse. Y eso puede causar una pérdida en cascada de energía y nutrición. Así es cómo se produciría la difusión del cáncer y las metástasis. La crisis de baja energía celular es pues, a juicio de Pappas, la que inicia la cadena de reacciones que acaban provocando la situación patológica que conocemos como cáncer y que

se caracteriza por:

- ▶ Un potencial de membrana bajo.
- ▶ Un aumento de la acumulación de iones de sodio dentro de la célula: hipernatremia.
- ▶ Un aumento de las moléculas de agua unidas a las moléculas de sodio dentro de la célula. ▶ Inflamación.
- ▶ Aumento del volumen de la presión celular y osmótica dentro de la célula lo que daña la membrana celular.
- ▶ El crecimiento celular.
- ▶ El adelgazamiento de la membrana celular.
- ▶ La división celular.

Llegando a una carga eléctrica cero la célula muere. El mecanismo de defensa que utiliza la célula para cumplir con su "instinto básico", la supervivencia de la especie, es inducir la mitosis (división o multiplicación celular) y el momento de iniciar el proceso, cuando llega a -12mV , es decir cuando la célula sabe que se encuentra en peligro de muerte celular. El "punto de pánico celular" tendría lugar cuando el potencial de membrana cae por debajo de -15mV . *"Podemos decir -afirma Pappas- que las células con baja energía entran en un estado de 'pánico', de multiplicación febril, para conservar su especie siguiendo un programa inherente codificado en la parte más fundamental -su ADN- para la supervivencia ante una situación de emergencia en condiciones severas. Más células proliferan dentro del tumor o más células se difunden desde la primera crisis de energía -el primer cáncer- a zonas adyacentes al tumor las cuales se encuentran, naturalmente, en ambientes de baja energía. A las nuevas células de cáncer les faltará energía por las mismas razones. Es pues natural que el tumor crezca o se difunda a las áreas adyacentes y tejidos. Obviamente la mayoría de esas células con baja energía se multiplican y cuánto más lo hace más energía se necesita en conjunto en el organismo para alimentar a las células recién nacidas. Por consiguiente, la crisis de energía y la inanición celular se extienden continuamente, como lo hace el cáncer. El organismo se vuelve pronto 'una sociedad pobre en una situación de crisis de pánico' en conjunto en la que cada vez falta más energía y por eso el cáncer se generaliza formando metástasis. El organismo adelgaza, se vuelve débil, con la característica común de pérdida de peso, baja energía y pobre nutrición. El cáncer entonces se generaliza sin que haya manera para el organismo o persona de superar esa necesidad creciente de energía y nutrición".* Tal sería, a grandes rasgos, el guión macroscópico del fenómeno conocido como cáncer según Pappas.

A la hora de analizar los métodos convencionalmente utilizados para combatir el cáncer desde este planteamiento Pappas observa que tanto la radioterapia como la quimioterapia coinciden en que la célula

cancerígena es más débil que la célula sana. Pero aquí se acaban los puntos de vista comunes. *"En la práctica, por ejemplo -señala Pappas-, la quimioterapia reduce la población de cáncer. Sin embargo, la misma acción de la quimioterapia es una razón característica del desarrollo de cáncer en el mismo sentido que explicamos antes al provocar que las células que sobreviven entren en un estado más adverso de 'pánico' y, por tanto, de división para sobrevivir. Además la acción tóxica de la quimioterapia no ayuda en absoluto a la restauración de los recursos energéticos perdidos por el organismo al destruir otras funciones vitales y, particularmente, al dañar el sistema inmune. Los mismos argumentos son válidos para los tratamientos con radioterapia".*

Pappas asegura que los pacientes de cáncer que no han recibido quimioterapia se recuperan por eso más rápidamente siendo los resultados con el *Papimi* especialmente significativos tras la cirugía. *"La estabilización es espectacular después de la cirugía -afirma Pappas-. Los pacientes no desarrollan ninguna metástasis si reciben el tratamiento adecuado con Papimi . En todos los casos sus marcadores son normales. Nosotros no hemos visto ninguna actividad cancerígena, ni hemos tenido un solo caso en el que el cáncer reapareciera aunque a veces hemos tenido que luchar contra las sugerencias de aplicar quimioterapia después de la cirugía. La quimioterapia no permite que los tratamientos sean eficaces. Probablemente el efecto del Papimi sea terminar mejorando el sistema inmune. Solo que si el sistema inmune ha sido casi destruido por la quimioterapia, el Sida o cualquier otra condición y realmente es bajo no hay ya ayuda posible".* Por el contrario, sí parece que la combinación del *Papimi* y la Electroterapia (vea en nuestra web el artículo publicado al respecto en el **número 62**) permite avanzar en el tratamiento del cáncer incluso cuando el sistema inmune está en una fase en la que no puede recuperarse exclusivamente con el *Papimi*.

LAS APORTACIONES DEL PAPIMI

Partiendo de los planteamientos anteriores -según los cuales el cáncer es un estado de pánico celular de bajo metabolismo que conduce a la inanición, a la amenaza de muerte y a la multiplicación para la supervivencia- Pappas señala las siguientes como las principales cualidades del *Papimi* en el tratamiento del cáncer:

1) Las exposiciones al *Papimi* detienen la proliferación celular al proporcionar energía eléctrica y magnética al organismo. La energía se dirige a todas las células y particularmente a las células cancerígenas sedientas de energía. El *Papimi* aumenta el potencial de transmembrana de las células hacia un estado "saludable" de -70 milivoltios.

2) Las exposiciones al *Papimi* refuerzan el sistema inmune lo que permite la extinción de las células cancerosas. También refuerza otras funciones vitales del cuerpo como la del hígado, la pulmonar, la del riñón, la circulación sanguínea y linfática, y otras que pueden sostener o reforzar el metabolismo en general.

El *Papimi* ejerce además una fuerte acción antiinflamatoria, mejora la nutrición sanguínea y aumenta la oxigenación de los tejidos siendo evidente que ello contribuye a la recuperación del peso perdido, señal inequívoca de recuperación de la salud.

Y si bien es verdad que faltan estudios a gran escala no es menos cierto que en los últimos años son numerosos los pacientes a los que la oncología oficial había desahuciado que tras haber sido sometidos a los pulsos iónicos del *Papimi*, bien como monoterapia, bien en combinación con otras terapias -convencionales y no convencionales-, han mejorado notablemente e, incluso, se han curado. Y quizás sean considerados casos "anecdóticos" por los oncólogos pero no es así para quienes han visto mejorar su calidad de vida de manera notable... o incluso definitiva. La actual casuística abarca casos de cáncer de pecho, pulmón, huesos, hígado, etc., que merece la pena tener muy en cuenta.

La propia mujer de Pappas se recuperó de un tumor fibroide. *"Mi esposa fue diagnosticada de tres grandes tumores fibroides -recuerda Pappas- y quisieron operarla así que volé urgentemente hasta Atenas desde Los Ángeles, donde me encontraba, y le pedí a su médico posponer la cirugía para poder tratarla. Lo hicimos y al cabo de tres meses los tumores se habían reducido significativamente. Un año después no había rastro de ellos".*

El doctor **Nick Tsilimigakis** ha tratado también con el *Papimi* numerosos casos durante los últimos años en el *Scientific Institute for Bioenergy* de Atenas en combinación con electroterapia. La inmensa mayoría tras ser diagnosticados como incurables, entre ellos un paciente que había sido operado tres veces de un pseudomixoma peritoneal como consecuencia de un adenocarcinoma de hígado. Pues bien, tras 6 meses de tratamiento con el *Papimi* su condición física había mejorado extraordinariamente. *"Los tratamientos con el Papimi -señala Tsilimigakis- tienen una influencia notable en el sistema inmune y, por ende, en los procesos curativos. Nosotros hemos constatado cómo numerosos tipos de heridas que no sanaban lo hacían en sólo dos o tres semanas con el Papimi. Ahora comprobamos que, bajo ciertas condiciones, el Papimi también puede iniciar el proceso de curación de un cáncer. Hemos visto que tras cierto número de tratamientos el cuerpo empieza a crear nuevos tejidos empujando el tumor fuera. Es fantástico".* Entre esos casos destaca el de una mujer a la que se le descubrió cáncer de intestino grueso. En una

primera operación se la extirpó parte del intestino siendo sometida luego a quimio y radioterapia. Dos años después apareció metástasis en los huesos y la pelvis. Tres años después la situación se había vuelto crítica y su vida transcurría postrada en cama con continua fiebre alta, extrema debilidad y dolores insufribles. Fue entonces cuando decidió visitar el centro médico del doctor Nick Tsilimigakis. *"Para entonces ya me habían desahuciada -ha escrito para dejar constancia de su testimonio- y me habían hecho saber que mi muerte estaba cercana. La única razón por la que acepté recibir los tratamientos con Papimi fue mi familia. No quería que se sintieran culpables, que pensaran que no habían tratado de hacer todo lo posible por mí. El primer día de mi terapia mi condición severa no me permitió levantarme y caminar por lo que tuvieron que llevarme prácticamente en volandas al centro médico. Tras la quinta sesión, en cambio, subía las escaleras sin ayuda. Y después de la décima sesión caminaba hasta el centro sola, acompañada de mi hermano. A los tres meses caminaba normalmente, como antes de mi enfermedad y la hinchazón, la fiebre y los dolores desaparecieron. Sólo un año después de empezar el tratamiento estaba completamente curada".*

Evidentemente se trata de casos aislados... pero muy significativos. Es más, la investigación básica apunta en la misma dirección. La eficacia terapéutica del electromagnetismo para tratar el cáncer y otras enfermedades fue demostrada por una investigación realizada en la *University of Southern California* y publicada en la prestigiosa revista científica *New Scientist Magazine*. El trabajo confirma que paquetes de pulsos electromagnéticos de nanosegundos (millonésimas de segundo) pueden pasar a través de la membrana exterior de las células sin dañarlas y modificar su interior lo que, según los investigadores, permite tratar de forma efectiva enfermedades como el cáncer o la leucemia. Es más, estos paquetes de pulsos rápidos actúan mediante un poderoso impacto en la estructura intracelular permitiendo cambiar su equilibrio bioquímico y provocar así -entre otros efectos- la apoptosis o suicidio de las células cancerosas. *"En esencia -afirma **Thomas Vernier**, experto en semiconductores y gerente de ingeniería en el USC Viterbi School's Information Sciences Institute-, nosotros enviamos miles de voltios a la célula en intervalos de nanosegundos. Los pulsos de alta frecuencia son tan cortos que pasan a través de la membrana del citoplasma sin alterar su estructura pero sí alterando su interior. Y cuando son aplicados en fuertes dosis llevan a la célula a la autodestrucción."* La técnica presenta como principales ventajas sobre los tratamientos convencionales que no es invasiva -puede aplicarse sin contacto directo- y es mucho más económica. *"Nuestra esperanza -afirma **Thomas Vernier**, experto en semiconductores y gerente de ingeniería en el USC Viterbi School's Information Sciences Institute--*

es que un día los pulsos nanoeléctricos puedan reemplazar procedimientos como la extirpación quirúrgica de tumores o tratamientos tóxicos como la quimioterapia".

En la misma dirección apuntan algunos de los últimos trabajos de **Karl Schoenbach** y **Stephen Beebe** -del *Centre for Bioelectrics en Norfolk* (Virginia, EEUU)- que han mostrado cómo los pulsos agrupan las plaquetas de la sangre para acelerar la reparación de las heridas mucho más rápidamente. Estos investigadores piensan también que los nanopulsos pueden ser utilizados para matar las células cancerosas dejando el tejido sano intacto. De hecho, el equipo de Schoenbach ya ha demostrado que los pulsos pueden reducir tumores en ratones en más de un 50%.

Una vez más la investigación básica avanza de forma inconexa, aislada y con paso lento mientras que las urgencias de quienes no tienen tiempo que perder van arrojando resultados sorprendentes. Hasta el punto de que alguno de ellos acaba saltando a la prensa. En el periódico *The Health Keepers Journal* de Febrero de 1995 se narraba el caso de una paciente ingresada en el Hospital de Santa Mónica diagnosticada con tumor carcinoide de la válvula ileocecal, con metástasis en el hígado y los nódulos linfáticos. Se la practicó una intervención quirúrgica para extirpar el tumor de la válvula pero la metástasis en el hígado se consideró intratable. Pues bien, decidió tratarse con los pulsos electromagnéticos del *Papimi* combinándolos con terapia de oxígeno y ozono a la vez que se aplicaba hipertermia en el hígado. Catorce meses después la paciente presentaba índices normales de enzimas hepáticas y ninguna evidencia de enfermedad intraabdominal.

UN MODELO DE FUSIÓN FRÍA

Efectivamente, los efectos de los pulsos electromagnéticos parecen reforzarse si la terapia del *Papimi* se completa con Oxigenoterapia. Ello sirve apoyar el nuevo enfoque que Pappas ha realizado sobre el potencial de membrana. Porque según su punto de vista el proceso denominado convencionalmente bomba sodio-potasio -y, por tanto, el intercambio de iones- no es realmente sino una transmutación del Na (sodio) del interior de la célula en K (potasio) en presencia del oxígeno y el ATP que exige para formarse glucosa e insulina. *"No es un supuesto intercambio molecular -afirma Pappas- sino realmente un proceso nuclear de fusión fría bajo la excitación eléctrica del núcleo del Na, en primer lugar por la carga celular de la membrana y, después, vía una acción catalizadora endotérmica de la ATP. La excitación eléctrica del núcleo de Na puede reforzarse externamente por pulsos eléctricos apropiados. La ATP parece controlar esta reacción de fusión que, por otra parte, podría aumentar exponencialmente bajo la misma*

excitación catalizadora del potencial de membrana. El papel de la ATP, las mitocondrias, el ciclo de Krebs, la insulina, la glucosa, la adrenalina y la glándula suprarrenal se entienden mejor como mecanismos para controlar esta fusión nuclear que, por otra parte, puede aumentar exponencialmente o detenerse". El sodio transmutado es expulsado fuera de la célula como potasio para ser eliminado por los riñones. Cuando esta transmutación se retarda la concentración de sodio aumenta dentro de la célula y el potencial de membrana disminuye lo que es característico de las células cancerígenas. Algunos factores, como el oxígeno, la energía, la glucosa, la insulina e incluso el potasio incluido en la dieta del doctor **Sodi Pallarés** pueden acelerar la transmutación y, por consiguiente, detener la proliferación celular. El potasio, al principio de la terapia, puede ayudar a reducir la concentración de sodio pero una vez termina el estado inflamatorio severo el potasio, según Pappas, debe dejar de administrarse y volverse a una dieta normal de sodio.

Cabe añadir que el modelo de Pappas está libre de las paradojas que, a su juicio, presenta la teoría de la bomba sodio-potasio y sirve para explicar hechos hasta ahora aparentemente inconexos. *"Por ejemplo -escribe Pappas-, por qué la hiperkalemia (exceso de potasio) causa la parada del corazón y la muerte, por qué la hipernatremia (sodio demasiado alto) aumenta la energía y la tensión arterial, por qué el cáncer se relaciona con la hipernatremia y los radicales libres, por qué consumimos tan poco oxígeno y no contaminamos con nuestra respiración, por qué gastamos mucha más energía de la que ingerimos (químicamente) a través de la comida, por qué los peces no liberan burbujas de CO₂, por qué liberamos potasio mientras tomamos sólo agua salina, oxígeno y glucosa (una persona en coma), por qué el exceso de potasio mata y el sodio da energía, por qué el oxígeno es antiséptico y mata microorganismos y por qué debemos tomar relativamente pocas cantidades (mgrs por día) de antioxidantes contra la oxidación masiva (Kgrs por día) de nuestro organismo".*

En suma, una nueva visión de los mecanismos biológicos del cáncer y de las posibilidades del *Papimi* a la hora de tratarlo que serán expuestas más detenidamente por el propio Panos T. Pappas durante *I Congreso Internacional sobre Tratamientos Complementarios y Alternativos en Cáncer* que tendrá lugar en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Madrid los próximos días 14 y 15 de mayo.

Antonio Muro



Cáncer: ¿qué es y qué lo causa? (XXXIII)

EL FUTURO PARA LA CURA DEL CÁNCER: LA INMUNOLOGÍA

Un grupo de científicos españoles asegura que la activación de una proteína por las células cancerosas -bautizada como *IRAK-M*- es lo que permite que el cáncer se desarrolle al lograr que el sistema inmune no las ataque. También han descubierto el proceso de activación. La investigación que ha permitido el descubrimiento se desarrolló en el Hospital La Paz de Madrid bajo la dirección de Eduardo López-Collazo en colaboración con especialistas del Centro de Investigación Cardiovascular de Barcelona, la Universidad de Alcalá de Henares y el Instituto Mario Negri de Milán (Italia). Este trabajo vuelve a incidir en que la solución al cáncer pasa por reforzar el sistema inmune y no por agredirlo con productos tóxicos.

Durante dos días el madrileño Hospital de La Paz se convirtió en centro de actualidad y hasta las grandes cadenas de televisión se hicieron eco de la noticia: un equipo de investigadores españoles, tras publicar las conclusiones de su estudio en *Journal of Immunology* -una de las revistas científicas más reconocidas-, daba a conocer un descubrimiento que podía llegar a ser básico en la lucha contra el cáncer. Nada menos que el mecanismo por el cual el sistema inmunitario decide rendirse ante las células tumorales permitiendo así su expansión en nuestro organismo.

Puede que no sea el único mecanismo que inhibe el sistema inmunitario pero la investigación de la que hablamos ha demostrado que la activación de una proteína -bautizada con anterioridad a su descubrimiento como ***IRAK-M*** - supone la desactivación del sistema inmune que, de repente, pasa a mostrarse "tolerante" con la célula tumoral a la que un instante antes estaba combatiendo. No se trata nada más que del inicio de un largo camino en el que su investigación básica deberá convertirse algún día en aplicación terapéutica, un camino que no conoce plazos y que ni siquiera garantiza el éxito -sobre todo si no se cuenta con fondos suficientes- pero que muestra una vez más la imperiosa necesidad de abordar el cáncer desde el fracaso del sistema inmunitario. Y la curación desde su adecuado funcionamiento.

No hace muchos meses otro joven investigador español -**Antonio Brú**- sorprendía a la comunidad internacional con el descubrimiento de que el mecanismo de crecimiento tumoral es idéntico en todos los tipos de cáncer y señalando a los neutrófilos -uno de los cinco tipos de glóbulos blancos o leucocitos encargados de la defensa de nuestro organismo- como la respuesta biológica más adecuada al tumor (vea el **nº 65** de *Discovery DSALUD*). Sólo que en lugar del reconocimiento y apoyo que merecía su trabajo lo que Bru se encontró fue con que no le renovaron el contrato que tenía con el *Consejo Superior de Investigaciones Científicas*, lugar donde no sólo nunca le ayudaron en sus investigaciones sobre el cáncer sino que encima el centro intentó rentabilizar su descubrimiento como éxito propio. Hoy el despacho que ocupaba está vacío y se ha marchado con sus ideas a otra parte. Pues bien, ahora otro joven investigador cubano-español (35 años), **Eduardo López-Collazo**, merced a su investigación sobre la **IRAK-M**, apunta de nuevo al sistema inmune como vía para buscar en el futuro soluciones terapéuticas al cáncer. Del ruido y la repercusión mediática, promesas del Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid incluidas, espera al menos la continuidad de una investigación que no ha hecho sino comenzar.

UN FÍSICO ESPAÑOL NACIDO EN CUBA

Como Brú, López-Collazo no es médico y, claro está, tampoco oncólogo. Y como él, comenzó en los terrenos de la Física; en su caso, la Nuclear. El final de su carrera universitaria coincidiría sin embargo con el auge mundial de la Biotecnología y con el declive del programa nuclear cubano como consecuencia de la caída de la Unión Soviética. Afortunadamente a este joven investigador le interesaban otras muchas áreas del conocimiento y no dudó en indagar en ellas. *"La Biología me ha encantado desde pequeño -nos diría López-Collazo durante nuestra entrevista-. En general me gusta la Ciencia, me gusta resolver incógnitas, sea cual sea su origen. Ya sea una cuestión sobre el clima o sobre un proceso tumoral. Así que me subí al carro de la Biotecnología y empecé a estudiar Biología. Me di entonces cuenta del hecho de que haber estudiado Física, de haber estudiado Matemáticas, me daba un punto de vista del que carecían los médicos"*.

Sería esa visión global lo que le permitió entrar en un grupo científico en Cuba apadrinado por **Salvador Moncada** uno de sus investigadores con más prestigio internacional. Lo que paralelamente le permitiría optar a una beca en España y así realizar el doctorado en Biología Molecular en la Universidad Complutense. A partir de ese momento su trayectoria sería similar a la de otros muchos investigadores jóvenes. Marchó primero a Alemania y después a Estados Unidos para desde allí regresar gracias a uno de los

programas destinados a reinsertar a científicos españoles que estén fuera del país. Sería en todo caso un proyecto sobre tolerancia del sistema inmune frente a las bacterias lo que le permitió entrar en el Hospital la Paz de Madrid donde ha desarrollado la investigación que centró nuestra conversación.

-Curiosamente, sus resultados sobre la incidencia de la IRAK-M en el proceso de desactivación del sistema inmune ante la célula tumoral tiene su origen no en el cáncer sino en las infecciones bacterianas.

-Yo no soy un estudioso del cáncer, yo procedo del campo de las enfermedades infecciosas, de la respuesta a las bacterias y la tolerancia del sistema inmune. Fue así como encontré un importante trabajo publicado en la revista "*Cel*" en la que se hablaba de una proteína relativamente desconocida, la **IRAK-M**, y su incidencia en lo que nosotros denominamos "tolerancia del sistema inmune innato", el proceso por el cual el sistema inmune, después de responder al ataque de un microorganismo, frena su actividad para no matarse a sí mismo. Si no se activara ese mecanismo de freno se produciría un shock séptico en el organismo que podría provocar la muerte. Bueno, pues esa proteína, según la investigación citada, parecía estar implicada en el mecanismo de freno del sistema inmune. Inmediatamente trasladé la investigación a humanos y me di cuenta de que, en efecto, formaba parte del proceso de tolerancia de nuestro sistema inmune. Con nuestra investigación realizamos varias publicaciones en revistas especializadas. La **IRAK-M** -la M procede de monocito o macrófago- es una proteína muy específica de las células del sistema inmune primario, el primero en responder a un invasor de nuestro organismo. Simplemente constatamos que estaba ahí y que cuando la **IRAK-M** se expresaba el sistema inmune se frenaba.

-¿Y cómo "pasó" de las bacterias a los tumores?

-Un día, en un seminario, se estaban discutiendo los resultados de un investigador polaco cuando en un momento determinado el ponente se refirió al extraño comportamiento de la respuesta inmune ante las células tumorales. Por un instante desconecté de su exposición y empecé a pensar en los datos que habíamos reunido. Habíamos visto que la **IRAK-M** era un freno en el contexto de las bacterias y el ponente estaba precisamente señalando que una de las causas por las que el tumor progresa es que de repente el sistema inmune se desactiva cuando entra en contacto con las células tumorales. Y de pronto me dije. "*¡Debe de ser lo mismo!*".

Verá, según veamos las cosas, desde un punto de vista u otro, ciertas enfermedades pueden ser iguales o diferentes. Las enfermedades de origen bacteriano, vírico o tumoral son diferentes si las estudiamos atendiendo al agente que las provoca: una bacteria, un virus o una

célula tumoral. Sin embargo, si las estudiamos desde la óptica del sistema inmune son parecidas porque para éste no dejan de constituir ante todo un ataque al organismo. Y más para el sistema inmune innato, el menos específico. Es decir, son peligros que hay que eliminar. Pensé entonces que si el sistema inmune lo toleraba en alguno de los casos lo más seguro sería que el mecanismo de freno fuera parecido, si no igual, en el resto. Esa fue la chispa. Si la **IRAK-M** es un freno para el sistema inmune en el contexto bacteriano, pensé, debe serlo también en el contexto tumoral. La ciencia -sonríe- no es a fin de cuentas sino una asociación de ideas.

Así que hicimos un primer experimento entre finales de agosto y primeros de septiembre del 2003. Pusimos en el laboratorio células de mi propio sistema inmune frente a células de diferentes tumores y comprobamos que en un primer instante las primeras atacaban a las segundas pero en el momento en que la **IRAK-M** se activaba dejaban de hacerlo. Ese fue el paso inicial. Habíamos comprobado que el mecanismo de desactivación o freno era el mismo que en el caso de las bacterias. El siguiente paso era comprobar el mecanismo por el que eso ocurría.

-Pero la activación de la *IRAK-M*, ¿es una causa o un efecto?

-Es un efecto. Una vez comprobamos que la activación de la **IRAK-M** y la desactivación de las células del sistema inmune que estaban en contacto con el tumor estaban relacionadas quisimos saber cómo el tumor conseguía que las células del sistema inmune se desactivaran, cómo conseguía engañarlo. Y empezamos a buscar. Iniciamos los experimentos para ver si era algo soluble que segregaba la célula o era algo que estaba anclado en la membrana. Y, sorprendentemente, resultó que eran las dos cosas: estaba en la membrana y, al mismo tiempo, era segregado por el tumor. Era el ácido hialurónico. Para ser exactos, descubrimos que "una de las cosas" que consigue activar la **IRAK-M** para desactivar el sistema inmune es el ácido hialurónico ya que no podemos ser tajantes y afirmar que esa es la única razón del extraño comportamiento de nuestro sistema inmune ante el tumor. Lo curioso es que el ácido hialurónico tiene una dilatada historia en Oncología ya que hay estudios clínicos muy serios que correlacionan la presencia de altos niveles del mismo con una mala prognosis lo cual parece lógico según nuestros resultados. Si hay mayor cantidad de ácido hialurónico hay mayor cantidad de **IRAK-M** y, por tanto, más posibilidades de que el sistema inmune se frene. El ácido hialurónico no sólo se segrega sino que está también anclado en la membrana. El siguiente paso fue buscar cómo las células del sistema inmune innato, los macrófagos, reconocen el ácido hialurónico. A nivel molecular el entendimiento se produce a través de receptores en las moléculas que encajan unos en otros como llaves en cerradura. Los

receptores del ácido hialurónico estaban ya descritos con la denominación de CD44 y TRL4. De hecho, en un primer momento no sabíamos que el TRL4 estaba descrito y pusimos anti-CD44 y un anti-TRL4 como control pensando que el TRL4 no funcionaría y, sorprendentemente, nos dio positivo por lo que tuvimos que buscar otro negativo, el TRL2, para que nuestro experimento fuera válido. A esas alturas todo resultó ya más fácil. Si bloqueamos esos receptores la célula del sistema inmune es incapaz de reconocer el ácido hialurónico y, por tanto, será incapaz de generar **IRAK-M** y ya no se desactivará. Esa fue una línea de trabajo. La otra línea de investigación fue un poco más difícil y fue silenciar el gen. Yo quería hacerlo porque esa sería la prueba definitiva y nadie podría discutir que era la **IRAK-M** la que iniciaba el proceso de desactivación. Mediante una técnica muy cara pero muy eficaz retiramos el gen de la **IRAK-M** y comprobamos que la célula del sistema inmune enfrentada a la célula tumoral, en lugar de desactivarse se desinhibía y seguía luchando contra el tumor. Era la demostración que iban a pedir en cualquier revista importante. Y fue el colofón de la parte básica.

-¿En cuántas líneas celulares tumorales comprobaron el mecanismo de la Irak-M?

-Comprobamos que la proteína **IRAK-M** se induce en células del sistema inmune al entrar en contacto al menos con 7 tipos de líneas celulares de origen tumoral: glioblastoma, mama, linfoma, colon, epidérmico... Los monocitos con los que realizamos las pruebas en el laboratorio fueron extraídos de la sangre periférica de donantes sanos. En todos los casos se repitió el mecanismo de desactivación. Pero queríamos más. Queríamos tratar de demostrar parcialmente que todo lo que habíamos hecho con células, aunque fueran de origen humano, se repetía también en una persona que padece un proceso cancerígeno. Y de ahí procede la confusión creada en la prensa menos especializada que en algunos casos pareció dar a entender que habíamos trabajado directamente con pacientes.

No fue así y me gustaría que quedara bien claro. Al estar en un hospital como *La Paz* teníamos la posibilidad de buscar células del sistema inmune, no de donantes sanos sino procedentes de enfermos que tuvieran tumores cuyas células tumorales pudieran ser encontradas en el torrente sanguíneo. La leucemia es un cáncer, las células tumorales están en el torrente sanguíneo y, por tanto, las células del sistema inmune innato de ese torrente sanguíneo están en contacto con los tumores. Las personas que tienen metástasis en sangre de cualquier tipo u origen están en la misma situación. Procedimos a pedir los permisos correspondientes del Comité Ético y como era una simple extracción sin ningún tipo de intervención invasiva nos los concedieron. Y ¡eureka! ¡Volvimos a demostrar que el

proceso se repetía! Verificamos que los monocitos de pacientes con leucemia y con metástasis expresan altos niveles de **IRAK-M** y, por el contrario, dejan de expresar citoquinas como el TNF.

-¿Qué tipo de pruebas han realizado con las técnicas del silenciamiento genético y de los anticuerpos para los receptores?

-En ambos casos desactivamos la **IRAK-M** en monocitos de donantes sanos que luego enfrentamos a tumores. Comprobamos, por ambas vías, que los monocitos seguían sin "tolerar" la presencia de las células cancerosas y las atacaban.

-La investigación básica ha conseguido demostrar por tanto que una vez desactivada la *IRAK-M* las células del sistema inmune continúan combatiendo las células cancerosas. Además habéis definido los mecanismos necesarios para desactivarla. Suena desde luego muy prometedor aunque se esté lejos de una aplicación terapéutica. A partir de aquí, ¿qué perspectivas se abren a la investigación si se contara con fondos suficientes?

-Primero deberíamos confirmar si existen otros mecanismos que contribuyan a frenar el sistema inmune aunque yo creo que la vía de la **IRAK-M**, si no la única sí es muy importante porque al quitarla todo funcionó muy bien... Pero puede haber otros mecanismos que conviene tratar de conocer.

Ahora bien, si nos referimos directamente al trabajo con la **IRAK-M** tendríamos que pasar al trabajo con animales y probar lo que no podemos en seres humanos. Induciríamos uno o dos tumores sólidos en ratones. Luego les extraeríamos células de su sistema inmune para silenciar en ellas el gen de la *Irak-M* y otros posibles que tuvieran que ver con los mecanismos de tolerancia. A continuación se los infiltraríamos directamente en los tumores y esperaríamos a ver qué pasa en el tumor infiltrado y en el que no lo ha sido. Ese sería el siguiente paso. Por ahora desconocemos cómo puede actuar un cultivo de células silenciadas en el interior de un organismo vivo. No sabemos cómo sería su comportamiento, las células macrófagas son células destinadas pero antes de plantearnos cualquier actuación de este tipo debemos primero saber si a nivel experimental, inyectándolas directamente en el tumor sólido, éste se reduce; o si al menos la terapia es capaz de detener su crecimiento.

Otra estrategia de futuro podría ser utilizar anticuerpos antirreceptores. De hecho, en las pruebas realizadas hemos utilizado anticuerpos antireceptores CD44 logrando que no se expresara la **IRAK-M**. Quizás suponga menos riesgo trabajar con estos anticuerpos porque en muchas enfermedades se utilizan ya. Es un proceso muy establecido que incluso se puede hacer a la carta. Hay empresas

biotecnológicas a las que ya les pides un anticuerpo y te lo dan. Es más, los anticuerpos CD44 y TLR44 que utilizamos para nuestras pruebas los compramos. Se producen para investigación y si fuera el caso se podrían producir para utilización terapéutica, una vez claro está que hayan sido testados y se hayan realizado todas las pruebas de toxicidad encaminadas a ver si pueden ser válidos.

-¿Esos anticuerpos se aplican directamente sobre el tumor o se introducen en el organismo como una vacuna?

-En este capítulo de teorías posibles nosotros sabemos que las células del sistema inmune innato se infiltran dentro del tumor y están vivas. El experimento pasaría por infiltrar en el tumor sólido los anticuerpos aunque desde luego no sabemos si el hecho de que bloqueáramos los receptores nos va a permitir volver a activar el sistema inmune o si eso ocurrirá después de un tiempo muy largo. Hemos comprobado que cuando al sistema inmune le bloqueamos desde el principio estos receptores no se vuelve tolerable frente al cáncer pero lo que no sabemos es si en el caso de que el tumor ya estuviera creciendo, cuando ya nuestro sistema inmune está tolerante, bloquear los receptores le permitiría a las células del sistema inmune volver a recuperar la actividad. Es un mundo de incógnitas nuevas que hay que resolver. Y hacerlo es cuestión de tiempo, apoyo y dinero.

-Estamos hablando de una desactivación puntual de la *IRAK-M*.

-Si, claro. Aunque se pudiera, la solución no sería nunca desactivar la *Irak-M* en todos los individuos como solución preventiva contra los tumores. Esta proteína, no lo olvidemos, tiene una función importantísima. Si somos atacados por una bacteria u otro microorganismo el sistema inmune empieza actuar para eliminar la bacteria. Y una vez que la elimina el sistema inmune, si no hay nada que lo frene, empezaría a atacar al propio organismo llegando a provocar un shock séptico y la muerte por la cantidad de sustancias tóxicas que utiliza en nuestra propia defensa y que quedarían incontroladas. El sistema inmune tiene que tener controles negativos como la ***IRAK-M*** para frenarse porque si no moriríamos en el primer catarro.

-Su trabajo viene a confirmar la línea de pensamiento científico que sostiene que la respuesta terapéutica contra el cáncer está en cuidar y reforzar el sistema inmune más que en atacarlo.

-Es mi hipótesis. Me parece más interesante estudiar la respuesta inmune basándonos en la interacción entre el sistema inmune y la célula tumoral. Creo que es preferible saber por qué el sistema inmune no hace lo que tiene que hacer que saber por qué una célula tumoral se convierte en cancerígena. Por otra parte, el hecho de que el sistema inmune pueda volver a activarse contra el tumor, de que pueda luchar utilizando las herramientas de nuestro propio cuerpo es una solución

mejor. No hay que olvidar que las terapias utilizadas en este momento tienen enormes efectos secundarios.

Eduardo López-Collazo ha abierto una nueva puerta a la esperanza. Tiempo y dinero. De momento solo tiene promesas. En los próximos meses, una vez que se apague el eco de la polvareda mediática, sabremos si simplemente son palabras huecas de políticos en busca de foto o compromisos sinceros de apoyo a una nueva línea de investigación. Lo mejor de nuestro encuentro es saber que López-Collazo y Antonio Brú -cuya investigación conoció a través de nuestra revista- se disponen a colaborar en un próximo futuro. Dos jóvenes investigadores españoles buscando soluciones en el sistema inmune para combatir el cáncer. Ellos ponen el talento ¿Quién está dispuesto a poner el dinero?

Antonio F. Muro

Si la envidia fuera tiña...

Durante la entrevista con **Eduardo López Collazo** no sólo constatamos la satisfacción por el trabajo bien hecho. También apareció el lado más ruin de la investigación: la envidia. Ningún nombre concreto, por supuesto; tampoco lo esperábamos. Es sólo una sensación, difícil de definir pero fácil de percibir en este retazo de nuestro encuentro. De hecho, la primera pregunta realizada con el único ánimo de constatar si esperaba la expectación generada por el hallazgo tuvo una sorprendente respuesta.

-¿Preocupado por el revuelo suscitado?

-El fin de semana anterior a la presentación en rueda de prensa de los resultados de la investigación estaba deseando que ésta llegara para poder volverme a concentrar en el trabajo pero ahora estoy mucho más preocupado y mucho más agobiado. Antes nadie me conocía -quizás alguien en el mundo científico- pero ahora me conoce demasiada gente. Ahora hay como mucha esperanza, entre comillas, pero al mismo tiempo parece haber un extraño conflicto de intereses que no imaginé que podría crearse alrededor de un trabajo como éste. Hay muchos problemas con la comunidad científica española... Bueno, en fin, me arrepiento de que haya saltado a los medios esta comunicación. Por una parte me siento feliz porque durante tres telediaros, durante un tiempo, una noticia que no era una noticia rosa, un escándalo político o una tragedia ocupó las mentes de los españoles. Fue lo único interesante. Por lo demás ha sido terrible ya que a pesar de que constantemente recomendé a los científicos españoles, a los colegas, que no escucharan lo que decían los medios

sino que leyeran lo que publiqué en *Journal of Immunology* parece que no ha sido así. Y eso ha generado un cierto conflicto en la comunidad científica española.

-¿En qué lo siente? ¿Lo ha sentido también el equipo?

-El equipo lo siente en un cierto rechazo a que se hayan publicado los resultados, a que haya saltado a los medios una investigación de este estilo. Hemos percibido cierto rechazo incluso dentro la propia comunidad científica. Creo que está dividida en dos. Unos piensan que debemos ser como monjes, haciendo nuestro trabajo científico sin que nadie se entere, permaneciendo al margen de los medios, fuera del "boom" mediático que vivimos en todas las esferas. Y otros, como yo, piensan que toda la sociedad debe conocer en qué se está invirtiendo el dinero, cómo se hacen ciertas cosas, qué hacemos los jóvenes que no nos drogamos. Creo que esas cosas tienen que saberse. ¿Que en algunos medios se exageró? Ciertamente, se exageró. Pero que yo traté de que no se exagerara, también.

Al final, los familiares de los pacientes son los que mejor han entendido la noticia. Unos me han llamado para interesarse, otros se me han acercado, otros me han escrito y la gran mayoría han entendido que no es una estrategia a corto plazo, que no estamos experimentando con personas, que no tenemos un medicamento, un fármaco disponible. No hay nada de eso. Los que yo pensaba que iban a entenderlo menos son los que mejor lo han entendido. Y de quienes pensaba que iba a tener mayor aceptación o apoyo, de la comunidad científica, justamente no ha llegado.

-La comunidad científica ¿Los oncólogos... o los investigadores de base?

-Los científicos en general.

-Pero, ¿qué ha molestado más? ¿Que el descubrimiento haya sido de un grupo de jóvenes, que lo hayáis dado a conocer en el momento actual o, simplemente, que no hayáis callado vuestros descubrimientos para someterlos a otros intereses que suelen acudir enseguida para monopolizarlos?

-Yo creo que un poco de todo. Necesito alejarme de todo esto para verlo desde la distancia. No sé ahora exactamente lo que ha pasado, lo que sí sé es que siento un rechazo grandísimo por parte de mis colegas.

-Pero, ¿de sus propios colegas de La Paz o de los colegas con los que en general trata?

-Las personas que conocen nuestro trabajo han estado y están con nosotros. Afortunadamente estoy contando con el apoyo de la dirección del centro. Sin embargo, las personas que no conocen bien el trabajo son las que han rechazado este salto al gran público.

-Es decir, que los ciudadanos que te reconocen te miran bien

pero tus colegas te miran mal.

-Exacto. El resumen perfecto es ese. Y creo que se debe más bien al recelo, a que hemos violado la regla de oro de no ir a los medios, de no darles información, de no dar a conocer lo que se está haciendo.

-¿Y, por cierto, cómo se les ocurrió realizar una presentación tan "mediática"?

-En cierta ocasión una entidad pública me rechazó un proyecto y en la explicación del por qué, al final de la misma, que era un elogio constante, me decían de una manera muy sincera que no me lo aprobaban porque era muy joven y tenía que seguir demostrando mi capacidad. Pasé entonces a buscar financiación privada. Entonces salieron otras convocatorias y quienes ya sabían de esto me comentaron que no había nada que hacer si un proyecto no va "avalado" por algún nombre conocido. Así que decidí que lo que hiciera en el futuro debía darlo a conocer. Por lo que cuando terminamos este trabajo pasé un resumen del artículo al gabinete de comunicación de La Paz pensando que saldría en publicaciones médicas pero al ver de qué trataba ellos mismos me dijeron que debía buscar mayor repercusión. Claro que tampoco ellos pensaron que la respuesta de los medios iba a ser la que fue.

-Y ahora teme que el mal ambiente creado por ello pueda perjudicarle en el futuro.

-Antes pensaba que ser conocido era positivo. Ahora creo que el hecho de que mi nombre se conozca no me va a favorecer sino todo lo contrario. Se me va a mirar con lupa. Esa es la sensación que tengo. Tenga en cuenta además de que hablamos de una línea de investigación muy delicada porque en España hay grandes centros dedicados a este campo de la investigación. Hay personas muy importantes dedicadas a ello. Y, bueno, yo no resto importancia ni a esos centros ni a los investigadores que en ellos trabajan pero nosotros tenemos nuestro propio punto de vista que, por ser diferente, no deja de ser válido.

A. M.



DURA DENUNCIA DE LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES DEL CÁNCER

Con la ovación de 1.200 personas puestas en pie para despedir a los ponentes concluyó el pasado 15 de mayo el "*I Congreso Internacional sobre Tratamientos Complementarios y Alternativos en Cáncer*" celebrado en el Auditorio del Palacio de Congresos y Exposiciones de Madrid. Centenares de médicos -entre ellos más de 100 oncólogos-, biólogos, químicos, físicos, psicólogos, ATS, terapeutas, ingenieros especializados en electromedicina, representantes de numerosos laboratorios y profesionales de la salud alternativos -entre otros especialistas- abandonaron el Palacio con el convencimiento de que este congreso -el primero de este tipo que se celebra en el mundo- va a marcar un antes y un después en el tratamiento del cáncer.

Un éxito completo para los algo más de 1.200 asistentes. Dos jornadas intensas de intercambio de conocimientos para los ponentes. Días de esperanza para los muchos pacientes que allí acudieron. Las expectativas después de tres días intensos :uno de seminarios y dos de ponencias- sobrepasaron lo que todos esperaban. A diferencia de los congresos tradicionales los asistentes al mismo vaciaban los pasillos al comienzo de cada ponencia de tal manera que el Auditorio estuvo abarrotado durante las quince presentaciones. Médicos acostumbrados a asistir a los congresos oficiales patrocinados por los grandes laboratorios señalaban que el interés de un congreso se mide por la diferencia entre el número de asistentes a la primera ponencia de la jornada y los que aún permanecen al finalizar las de mañana o tarde. Mientras que en los oficiales, gratuitos además, la gente va abandonando poco a poco sus asientos los ponentes del "*I Congreso Internacional sobre Tratamientos Complementarios y Alternativos en Cáncer*", sin excepción, expusieron sus trabajos ante un auditorio al completo. Y todos fueron interrumpidos varias veces con prolongados aplausos a lo largo del fin de semana. Al final los comentarios generales coincidían en manifestar sorpresa por la altura de las exposiciones, el nivel médico y científico, y la calidad humana de los ponentes.

La conclusión del congreso es rotunda: cada año muere más gente en todo el mundo de cáncer y a pesar de las mentiras que la gran industria farmacéutica difunde periódicamente -con la complicidad e ignorancia de muchos medios de comunicación- es evidente que los tratamientos ortodoxos del cáncer -Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía- han fracasado por completo. Todos los ponentes coincidieron

en denunciar esta situación. Para todos ellos ha llegado por tanto el momento de dar un giro radical en el tratamiento de la enfermedad porque el actual sistema de ensayos, incapaz de tener en cuenta la diversidad de circunstancias de cada paciente y en muchos casos manipulados, no puede seguir siendo la única base para fijar los tratamientos contra el cáncer.

El demoledor informe que abrió el congreso lo demuestra más allá de toda duda. Los datos, contemplados en conjunto, ofrecen una imagen muy diferente a la que se nos quiere imponer desde unos medios domesticados para ver tan sólo una parte de la realidad, curiosamente siempre la misma, la que favorece a los intereses comerciales de la gran industria. Se pusieron además en entredicho las burdas mentiras de quienes intentan ridiculizar los tratamientos alternativos que existen en el mundo porque durante este congreso ha quedado científicamente demostrado no sólo que en todos los casos expuestos su eficacia es notablemente mayor que la de los obtenidos con la Quimioterapia y Radioterapia sino que además son inocuos, es decir, carecen de efectos secundarios. Y se ha demostrado en muchos casos con las mismas "armas" de los oncólogos ortodoxos: mediante ensayos clínicos protocolizados que no admiten réplica.

CUATRO MOMENTOS PARA EL RECUERDO

Hubo en cualquier caso cuatro momentos especialmente emotivos. El primero tras la intervención del Dr. **Salvador Capistrán**, médico mexicano que en una vibrante exposición cargada de humanidad no pudo contener la emoción durante su ponencia al referirse al sufrimiento causado por el boicot de la industria a formas menos agresivas de tratamiento. Contagió su emoción al público haciendo aflorar las lágrimas en los ojos de cientos de personas. Fue despedido con una prolongadísima ovación que le obligó a saludar en varias ocasiones antes de poder abandonar el auditorio. Hasta tal punto impactó su ponencia que numerosas personas pidieron a la organización que le permitieran volver a hablar "aunque fuera en un descanso", petición que no pudo ser satisfecha dado lo apretado del programa. El equipo médico del Dr. Capistrán trata en su país el cáncer -con excelentes resultados- mediante vacunas elaboradas con antígenos de la orina de los propios pacientes.

El segundo se produjo cuando la organización anunció durante la presentación de otro de los ponentes, el Dr. **Jaroslav W. Nowicky** -director del *Ukrain Anti-Cancer Institute* de Viena (Austria)- que sus colegas le habían propuesto como candidato al Premio Nobel de Química de este año. Una prolongada ovación cerraría así su exposición sobre el *Ukrain*, producto de su creación que inyectado en dosis terapéuticas destruye las células cancerosas al provocar su

"suicidio" o apoptosis sin afectar a las sanas.

El tercero tuvo lugar cuando se anunció que la revista *Discovery DSALUD* -organizadora y patrocinadora del congreso- iba a proponer de forma testimonial al doctor alemán **Ryke Geerd Hamer** para el Premio Nobel de Medicina. *"Quienes están legalmente capacitados para proponerle no van a hacerlo -dijo José Antonio Campoy, director de la revista Discovery DSALUD-. De hecho, las normas de los premios restringen la posibilidad de ser nominado y es obvio que los candidatos sólo pueden ser propuestos si uno pertenece al sistema. Lo que Hamer propone, sin embargo, no interesa en modo alguno que se sepa a quienes viven de hacer negocio con la enfermedad y jamás será tenido en cuenta. Así que aunque las normas no lo permiten vamos a intentar que su propuesta surja a nivel popular y para ello habilitaremos un apartado en nuestra web: **www.dsalud.com** Y lo comunicamos hoy aprovechando que mañana lunes es su cumpleaños"*

Una prolongada ovación acogió la propuesta reconociendo así el derecho a la libertad de pensamiento que le ha sido negado a Hamer. El cuarto momento especialmente emotivo se produjo tras la ponencia que cerró el congreso y en la que se habló del Bio-Bac. En una brillante exposición el Dr. **Fermín Moriano** relató el ignominioso e inaudito trato dado a este producto -ique comenzó en 1985, hace ya 20 años! y que debería haber llevado a la cárcel a varios funcionarios- así como un pormenorizado relato de los numerosos ensayos preclínicos y clínicos que posee, entre ellos los realizados en centros de primera línea de Alemania y Bélgica (incluyendo fases I, II y III en Osteoartrosis y SIDA). El conocimiento directo de todo ello, el relato de la injustificada actuación de la Administración con la *"Operación Brujo"* hace ya dos años y medio así como la información sobre la negativa del Ministerio de Sanidad -hasta la fecha- de atender la petición de la jueza que lleva el caso para que se pronuncie oficialmente sobre los ensayos clínicos que obran en su poder sobre el *Bio-Bac* -esos que en su día la Agencia Española del Medicamento dijo primero que no existían y luego que estaban falsificados- sorprendió tanto a los asistentes que cuando Campoy pidió al dueño del producto -**Rafael Chacón**- que saliera al escenario el público, puesto en pie, le dedicó una ovación de varios minutos.

DOS DÍAS DE INTENSO INTERCAMBIO

Cabe decir que desde el inicio del congreso numerosos pacientes y familiares se acercaron a los miembros de la organización buscando soluciones a sus casos particulares. A todos ellos se les invitó a esperar al final para que, una vez informados, decidieran por sí mismos entre las distintas opciones que se ponían a su alcance. El congreso comenzó con un durísimo análisis de la situación actual del

cáncer realizado a partir de las cifras que marcan la evolución de la enfermedad y el fracaso global de los tratamientos así como de la opinión de importantes investigadores que han sido ignorados sistemáticamente por los medios de comunicación más importantes. El punto de partida lo proporcionó **Mariano Barbacid**, director del *Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)* y, paradójicamente, una de las voces más críticas con el actual sistema de tratamientos en cáncer ya que durante la inauguración de la nueva sede que dirige afirmó hace ahora año y medio: *"La mitad de los españoles padecerá cáncer en algún momento de su vida y un 50% de ellos morirá"*.

De hecho en la actualidad mueren de cáncer en España casi 100.000 personas al año ¡y eso sólo en los hospitales! Sin contar a quienes se manda a morir a casa. Claro que las frías cifras aportadas en la ponencia de apertura no dejan lugar a dudas sobre la utilidad de los tratamientos. En nuestro país la tasa de muerte por cada cien mil habitantes ha aumentado un 15% en diez años. No sólo no remite sino que aumenta aunque se pretenda ocultar el dato.

Dieter Hoelzel -del *Centro Clínico de la Universidad de Munich*- concluía hace sólo unas semanas que en los últimos 25 años no ha habido ningún progreso en la supervivencia de cáncer metastático de colon, pecho, pulmón y próstata, los grandes asesinos que provocan el 80% de las muertes por esta enfermedad en los países industriales avanzados. Las proporciones de supervivencia no han mejorado durante las últimas décadas. Los pacientes de hoy mueren tan rápido de cáncer como lo hacían los enfermos de hace 25 años. A pesar de lo cual los beneficios de la gran industria farmacéutica siguen aumentando al tiempo que se colapsan los sistemas sanitarios. No es de extrañar que haya ya a quien no le importe hablar claro. **James Watson**, *Premio Nobel de Medicina en 1962*, codescubridor de la doble hélice del ADN y durante dos años miembro del Comité Asesor Nacional sobre Cáncer en Estados Unidos ha llegado a decir: *"El Programa Nacional contra el Cáncer es una mierda"*. El próximo número daremos a conocer a nuestros lectores la ponencia de apertura completa.

Y lo grave es que hay tratamientos inocuos de eficacia contrastada científicamente que obtienen resultados mucho mejores que los que proporcionan los productos quimioterápicos tradicionales... pero eso se le oculta a los enfermos. Algunos de los cuales se expusieron precisamente en este congreso. Durante la comida del domingo con los ponentes el director de la revista, además de agradecerles su colaboración altruista, pidió en nombre de todo el equipo que la hace posible que colaboraran entre ellos, que valoraran la información que cada uno aportaba y se plantearan en serio la posibilidad de colaborar

conjuntamente para encontrar tratamientos globales los más eficaces posible. La propuesta fue aceptada con agrado.

LAS EMOCIONES Y EL CÁNCER

La organización había previsto que la primera ponencia corriera a cargo del doctor alemán **Ryke Geerd Hamer** pero finalmente no pudo ser ya que seguía en la cárcel parisina de *Chambery* porque los jueces respondieron a la petición hecha por Discovery DSALUD ante el tribunal francés que lleva su caso de que le pusieran en libertad durante 3 días con escolta policial... fijando la vista sobre su caso el miércoles día 18, tres días después del congreso! Se evitaban así los jueces tener que responder o que dar explicaciones por su negativa. Luego, con total desfachatez, terminado el congreso, aplazaron de nuevo la vista hasta finales de mayo.

Darí­a por ello su ponencia el italiano **Marco Pfister** -a petición del propio Hamer- quien explicó que para la *Nueva Medicina Germánica* elaborada por Hamer -y validada en distintas universidades europeas, entre ellas la de Tübingen- no existen "enfermedades" tal y como se hoy se entienden. Para él las llamadas enfermedades no son sino programas biológicos perfectamente definidos con un único sentido: la supervivencia del individuo. Esa es la razón por la que, a su juicio, los síntomas no se deben "medicar" sino dejar que se expresen y controlar su sentido biológico. La *Nueva Medicina Germánica* empezó a desarrollarse en 1981 y describe perfectamente las interdependencias biológicas y médicas del organismo vivo como una unidad constituida por el cerebro, el psiquismo y los órganos. En cuanto al cáncer concretamente, Hamer afirma que comienza siempre con lo que en su momento denominó el *Síndrome Dirk Hamer* (DHS) -en honor a su hijo muerto- y que define toda experiencia conflictiva (shock) extremadamente dramática que nos coge por sorpresa, de forma inesperada, y se vive de modo intenso en aislamiento. Un impacto que, dependiendo de su naturaleza biológica, afecta a una u otra zona de nuestro cerebro -hasta el punto de que puede ser visualizado mediante un escáner- iniciándose inmediatamente una alteración que afecta a los órganos dependientes de esa zona cerebral. Alteración que según Hamer es interpretada como cáncer cuando en realidad es parte de una respuesta natural que busca la solución del conflicto. Y que como tal debe ser abordada, desde la nueva perspectiva de entender la enfermedad como un programa biológico que tiene una fase de conflicto activo, una solución al mismo y una fase final de resolución que llega acompañada de lo que él denomina *crisis epileptoide* y sobre la que sí conviene actuar previamente para que no resulte más peligrosa que la propia fase de conflicto activo.

Por eso se opone Hamer a los tratamientos de quimio y radioterapia a

la vez que aboga por un uso prudente de la cirugía. Lo que no obsta para que admita a veces el uso de productos para evitar o reducir complicaciones en el proceso de la curación natural... aunque siempre en cantidades y duración limitadas.

En esa misma línea de superar los límites físicos del cáncer y dejar actuar a la naturaleza estuvo una de las intervenciones más aplaudidas del congreso, la del prestigioso médico colombiano conocido a nivel internacional **Jorge Carvajal**, miembro fundador de la *Asociación de Médicos e Investigadores en Bioenergética*.

Carvajal aportó una visión muy novedosa, rompió con los clásicos esquemas científicos e introdujo en el abordaje del cáncer los términos "*conciencia*" y "*amor*". Presentó el cáncer no como una enfermedad maldita sino como un maestro que enfrenta al individuo con el auténtico sentido de su vida. La práctica totalidad de los presentes compartió probablemente con él a nivel interno que el cáncer no es la enfermedad caótica y aleatoria que nos presentan sino que tiene mucho que ver con nuestra propia manera de afrontar la vida.

Carvajal, que aborda la curación de la persona desde una visión holística, habló de la importancia de los grupos de sanación y señaló como "principal medicamento" para afrontar la enfermedad el "factor H": *humanidad*. Para él no tiene pues ningún sentido invertir miles de millones en combatir la enfermedad cuando lo que hay que hacer es fomentar la salud de manera integral y recuperar el sentido de la vida ya que ello permitirá recuperar a su vez el equilibrio biológico y energético. Para Carvajal toda curación comienza pues con un cambio de actitud al que puede ayudarse desde una visión energética del ser humano.

Jorge Carvajal fue despedido por el auditorio puesto en pie y obligado a subir al escenario después de haberse retirado ya del mismo ante las muestras de cariño del público.

CAUSA DEL CÁNCER Y MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

Tras la presentación de la *Nueva Medicina Germánica* se daría a conocer la tesis que sobre la causa del cáncer formulara hace ya 40 años el fallecido médico español **Juan Prada Pascual**. Lo haría el depositario de ese legado, su hijo **Juan Prada Bécares**, director del "*Instituto Auxiliar de Orientación Diagnóstica y Terapéutica* (*INSAODYT*) desde hace varias décadas. Y no sólo eso: también presentó el denominado examen biohematológico, método diagnóstico desarrollado por su padre hace icuatro décadas! como complemento diagnóstico esencial en los tratamientos de cáncer.

El examen biohematológico es un procedimiento rápido y sencillo por el que se consiguen sistematizar los signos provenientes de los metabolismos celulares mediante la observación directa de muestras

residuales de sangre y linfa lo que permite constatar la existencia -o no- de alteraciones ambientales intraorgánicas. Para Prada Pascual el cáncer -al menos en muchos casos- se debía a una infección crónica causada por gérmenes patógenos del grupo de los protozoos: los plasmodios del cáncer. Según él lo probaba el hecho de que los encontró en la sangre, esputos y orina de todos los enfermos de cáncer, incluidos los leucémicos. Y la razón de que eso no se descubriera hasta tan avanzado el siglo XX se debió a que los hematólogos no sabían diferenciarlos al microscopio con los métodos utilizados corrientemente ya que los plasmodios del cáncer son muy similares a los de la malaria, únicos de hecho cuya existencia se reconoce oficialmente. El método desarrollado por el doctor Pascual, sin embargo, permitió diferenciarlos gracias a lo cual pudo realizar microfotografías de la sangre que la mayor parte de los hematólogos y médicos no vieron durante décadas. Y esa posibilidad le permitió también saber cómo combatirlos. Contaremos a nuestros lectores en detalle este descubrimiento mantenido oculto durante tantos años el próximo número.

EL ESCENARIO FÍSICO DEL CÁNCER

El cáncer, en su manifestación física, precisa de un terreno debidamente "abonado" por malos hábitos nutricionales para arraigar. Tal fue la base de la ponencia de **José Ramón Llorente** -presidente de la *Sociedad Española de Nutrición Ortomolecular*- quien explicó cómo una nutrición inadecuada contribuye a facilitar la aparición del cáncer y otras enfermedades. Empezaría su ponencia poniendo ejemplos poco conocidos pero significativos. Así, afirmó que la mezcla del clásico café con leche da lugar a dos productos carcinogénicos por lo que recomendó no consumirlo. También explicó que habitualmente se ignora que el déficit nutricional puede venir dado por situaciones de estrés en las que el organismo consume hasta cuatro veces más componentes esenciales. Y señaló como elemento fundamental el control de la dieta y la necesidad de evitar -entre otras cosas- el exceso de grasas saturadas animales, azúcares y productos refinados, leche y derivados lácteos, alimentos fritos y ahumados, café, alcohol, bebidas gaseosas y otras sustancias dañinas para el organismo. La ingesta de vitaminas, minerales, oligoelementos, aminoácidos, enzimas y otros oligoelementos se hace necesaria hoy según Llorente a causa de los compuestos agrícolas -acaricidas, nematocidas, fungicidas, rodenticidas y herbicidas-, la manufacturación y la conservación de los alimentos que normalmente llegan a nuestra mesa energéticamente muertos, sin nutrientes y a veces con químicos tóxicos. Es a su juicio la única manera de asegurarnos hoy de que nuestro organismo esté en condiciones de afrontar una enfermedad y

superarla. Sus consejos para lograrlo son sencillos: dejar de fumar, evitar el exceso de peso, consumir suficiente fibra, frutas y vegetales frescos cada día, eliminar o reducir al mínimo la ingesta de alcohol, evitar la exposición prolongada al sol y hacer diariamente ejercicio. También explicó que hay alimentos y sustancias que tienen un especial interés tanto por su acción preventiva como por su actividad anticancerígena. Son los casos del ajo, la cebolla, el tomate, el té, la col, el brécol, las coles de Bruselas, el cartílago de tiburón, el extracto de aceite de hígado de tiburón.

Finalmente habló de cómo puede tratarse eficazmente el cáncer con Medicina Ortomolecular resaltando las cualidades para ello de agentes como el ácido alfa lipoico, las vitaminas A, B17, C y E, la coenzima Q10, el calcio, el germanio, el selenio, el NADH, el alga chlorella pyrenoidosa, el extracto de arabinogalactano y la uña de gato.

Hay que decir que la necesidad de reforzar nuestro organismo con aminoácidos, vitaminas y micronutrientes fue formulada hace ya más de cuatro décadas por **Linus Pauling**, dos veces galardonado con el Premio Nobel, cuyas investigaciones fueron ampliadas por el doctor alemán **Matías Rath**.

Pues bien, **Aleksandra Niedzwiecki** -doctora en Bioquímica, Vicepresidenta Ejecutiva y Directora de Investigación del *Matías Rath Inc.* en Estados Unidos y que fuera además Directora de Investigación Cardiovascular del *Instituto Linus Pauling de Ciencia y Medicina* en Palo Alto (California)- expuso el enfoque de la medicina celular en relación con el cáncer. La doctora Niedzwiecki expuso los trabajos de Matías Rath y de Linus Pauling para el control del cáncer y sus metástasis a través de la utilización de programas especiales de ingesta de sustancias naturales como la vitamina C, la lisina y otros micronutrientes. Los datos obtenidos tanto "in vitro" como "in vivo" que la doctora Niedzwiecki presentó demuestran que la sinergia de determinados nutrientes constituye un prometedor tratamiento en la prevención del cáncer ya que permite incidir en sus principales fases: la metástasis, la proliferación celular, la apoptosis y la angiogénesis sin efectos secundarios tóxicos.

En la misma línea **Eduardo Sanz** -biólogo graduado en Oncología Molecular, colaborador en Estados Unidos de **Alfred Gilman** en la construcción del *Proteoma* y actualmente asesor científico de *Laboratorios Catálisis*- habló sobre la eficacia de determinados micronutrientes para luchar contra los virus conocidos que dan lugar a tumores cancerígenos y que contienen los productos desarrollados por ellos cuya altísima eficacia, sin embargo, reconoció que se debían al novedoso método de "activación molecular" desarrollado por el investigador español **Antonio Martín** que permite multiplicar la potencia de sus principios activos hasta en miles de veces. Hablamos

de *Viusid* y *Ocoxin*, productos cada vez más utilizados en hospitales de medio mundo como terapia complementaria por su capacidad para mejorar la calidad de vida, atenuar los efectos secundarios de los tratamientos convencionales y luchar contra las células cancerígenas. La presentación estuvo acompañada de los resultados obtenidos en distintos ensayos realizados en enfermos de cáncer en Rumania y de Sida en Kenia que demuestran la efectividad de los productos. Claro que muchos de los micronutrientes que nuestro organismo necesita para recuperar la salud pueden ser obtenidos directamente de las denominadas "plantas superiores" por la Medicina Tradicional China como explicaron quienes ejercen la llamada *Medicina Sistémica* -es el caso ya de numerosas clínicas en Venezuela y Puerto Rico- desarrollada por el ingeniero venezolano **José Olalde** cuyos fundamentos y posibilidades terapéuticas explicó junto a cuatro médicos que vinieron con él desde Venezuela: los doctores **Francisco García, Meyer Magarici** -conocido oncólogo venezolano-, **José Gregorio Guaidas** y **Antonio Salom**. La *Teoría Sistémica* reconoce en la *Energía*, la *Inteligencia Biológica* y la *Organización* el "triángulo de la vida" y establece que un sistema biológico sólo puede existir si esos tres elementos están presentes y equilibrados. Como principal herramienta terapéutica -aunque no la única- utiliza pues *adaptógenos*, plantas de contrastadas propiedades terapéuticas que se caracterizan por potenciar notablemente el sistema inmunitario sin efectos secundarios e incrementan de forma "inteligente" cada uno de los lados del "triángulo de la vida" según las necesidades de cada persona. Hay que añadir que la *Medicina Sistémica* ofrece una amplísima variedad de combinaciones herbarias para un sinfín de patologías, entre ellas el cáncer. En el congreso los médicos venezolanos presentaron los estudios clínicos que demuestran los grandes beneficios de la *Medicina Sistémica* en casos de cáncer terminal de próstata, cáncer de próstata, cáncer de mama y cáncer de vejiga.

También de las plantas investigadores uruguayos han obtenido gotas homeopáticas y fitoterapéuticas que ya se utilizan como tratamiento coadyuvante en cáncer. El médico uruguayo **Bernardo Udaquiola**, oncólogo y miembro del *Instituto Nacional de Oncología* de su país, aportó la experiencia del tratamiento con dos productos: *Green Sap* y *Onconat*.

El *Green Sap* se elabora a partir de la mezcla de tres plantas -plántago, carqueja y romero- y tiene actividad antioxidante con efectos citotóxicos y citostáticos demostrados en estudios "in vitro" realizados en el *Centro de Estudios Farmacológicos y Botánicos* dependiente del CONICET que, a su vez, depende de la presidencia de la República Argentina. La casuística recogida ya en catorce países por

Udaquiola y distintos colegas homeópatas o practicantes de la medicina natural que se presentó en Madrid muestra la notable mejoría en la calidad de vida de los enfermos de cáncer que se consigue con una reducción de los efectos indeseables de la quimioterapia y la radioterapia así como de alivio del dolor. También en este caso fueron presentados estudios con excelentes resultados que avalan las posibilidades clínicas del producto, sobre todo en cáncer de próstata y mama.

"La Naturaleza es la farmacia de Dios". Lo afirmó, en la misma línea de trabajo con plantas que otros ponentes, el médico ecuatoriano **Edwin Cevallos**, médico especializado en Oncología y Radioterapia. Cevallos no dudó en denunciar las actitudes de la industria farmacéutica a la hora de silenciar -o tratar de hacerlo- la eficacia de los productos naturales. En repetidas ocasiones su presentación fue interrumpida por los aplausos del auditorio. Presentó el *BIRM*, un modulador biológico de la respuesta inmune capaz de actuar tanto en cáncer como en sida, obtenido de una variante ecuatoriana de la *Dulcamara* y que ya se comercializa como complemento nutricional en su país. Los casos presentados, avalados por la información gráfica de los datos de los pacientes antes y después de la ingesta del producto, demuestran su innegable interés terapéutico. En los estudios presentados se verificó que altera el ciclo celular de la célula tumoral e impide las metástasis induciendo además la apoptosis o muerte programada de las células tumorales. Ha sido probado en pacientes terminales con buenos resultados y puede servir además como terapia complementaria de los tratamientos convencionales ya que contribuye a disminuir su toxicidad.

Procedente igualmente de una planta se presentó también por primera vez en Madrid el *Ukrain*, producto creado por el investigador ucraniano **W. Jaroslav Nowicky** quien ha sido recientemente propuesto por sus colegas para el Premio Nobel de Química. El *Ukrain* es un producto elaborado a partir de los alcaloides de una planta -la Celidonia Mayor- y un producto sintético -*Tiotepa*- cuya combinación evita todo posible efecto secundario. El *Ukrain* ha sido investigado por 159 científicos de 21 países pertenecientes a 56 universidades e institutos de investigación y sus resultados han sido presentados en 220 congresos y simposios científicos internacionales. Es más, sus efectos aparecen descritos en 192 publicaciones científicas. Y ha sido testado en más de 100 líneas de células cancerosas con éxito.

El *Ukrain* se inyecta y entre sus propiedades está la de encapsular el tumor permitiendo su extracción más fácilmente pero también confiere a las células cancerosas carga ultravioleta lo que las hace fácilmente identificables. Además refuerza el sistema inmunitario. Después de muchos años de persecución una campaña de recogida de firmas

obligó a su aprobación por las autoridades administrativas austriacas. Sus innegables resultados han acabado también por convencer a las autoridades de la FDA norteamericana que, de momento, ya lo han aprobado como terapia para el cáncer de páncreas que no responde a ninguna terapia. Fue, sin lugar a dudas, una de las ponencias más exhaustivas y documentadas de acuerdo a los propios criterios exigidos por el sistema sanitario.

LA ENERGÍA DE LA CÉLULA CANCEROSA

Muchos de los procesos bioquímicos producidos por los micronutrientes ingeridos de forma aislada o través de plantas o productos derivados de las mismas acaban equilibrando los procesos finales de intercambios de energía en las células mejorando así su comportamiento metabólico. Ya se sabe que el potencial eléctrico de las células cancerosas es diferente al de las células sanas y ello ha permitido la formulación de tratamientos específicos contra el cáncer. Pues bien, el Dr. **Hans Peter Weber** -miembro del *Consejo Rector de la Sociedad Internacional de Investigación en Terapia Celular y de la Academia Internacional de Medicina Preventiva*- expuso en Madrid la efectividad del tratamiento de tumores con Electroterapia (ECT). La ECT es un método terapéutico aplicado ya en Alemania, Austria, Suecia, China y Suiza desde hace años y sobre el que existe abundante literatura científica. Los tejidos cancerígenos presentan propiedades bioeléctricas diferentes de los sanos, una mayor conductividad, una inversión del potencial eléctrico a través de la membrana celular, un elevado pH intracelular y una disminución del pH extracelular. Pues bien, partiendo de esa realidad Weber explicó en Madrid cómo la aplicación de corrientes eléctricas sobre el tumor pero inocuas para el paciente pone en marcha en su interior mecanismos biológicos y electroquímicos destinados a destruir la masa tumoral. La corriente eléctrica se mueve en el campo eléctrico formado por los electrodos estratégicamente situados en el paciente a través de las células cancerígenas de menor resistencia provocando poco a poco su destrucción. Los tumores externos son tratados sin embargo con agujas especiales conectadas a los electrodos positivos y negativos. Los más profundos con electrodos planos formando un campo eléctrico en torno al tumor. Weber aportó numerosos testimonios gráficos mostrando buenos resultados en la recuperación y destrucción selectiva de áreas cancerosas, sobre todo en sus fases iniciales, sin ningún tipo de efectos secundarios. Las estadísticas presentadas por Weber muestran un tratamiento seguro y eficaz en numerosos casos. Hay que reconocer que la demostración más espectacular fue la del investigador griego **Pannos T. Pappas**, experto internacional en Electromagnetismo y Electrodinámica además de asesor y revisor de

las principales publicaciones científicas de la especialidad. Pappas explicó que el cáncer es producto de un estado extremadamente bajo de energía en el interior de la célula que deriva en un comportamiento metabólico defectuoso y en una proliferación celular de acuerdo con el elemental principio de conservación de la especie. Pues bien, para restablecer ese desequilibrio Pappas ha desarrollado un dispositivo -el PAP-IMI- que subió al escenario. Un aparato del que sale una "manguera" eléctrica por la que circulan ¡50.000 voltios! En una demostración espectacular de la ausencia de riesgos físicos Pappas mandó apagar las luces del auditorio, puso la máquina en marcha y se colocó la manguera cerrada en bucle sobre su cabeza. No le pasó nada. La máquina descargaba los pulsos iónicos sin ningún problema. Pappas, sin mover la manguera de su cabeza, situó encima una cadena y aquello pareció por un momento un espectáculo pirotécnico: miles de chispas iluminaron el escenario sin que Pappas sufriera ni la más mínima quemadura. Después se retiró la manguera de lo alto de la cabeza y se la situó en los ojos. De nuevo la cadena volvió a producir chispas. Al finalizar la ponencia los espectadores que lo desearon pudieron someterse durante algunos minutos al tratamiento con los pulsos iónicos. El PAP-IMI, con su carga electromagnética, trata de aumentar la potencia de transmembrana de las células hasta un estado considerado saludable en el que la célula cancerosa no siente la necesidad de seguir dividiéndose para sobrevivir. Así de "simple".

RESPUESTA INTERNA

Mientras la mayoría de las propuestas presentadas en el congreso avalaban el uso de sustancias naturales externas para reforzar el organismo contra la enfermedad o para potenciar el sistema inmune sólo una de las terapias propuestas remitía a un tratamiento individualizado: las vacunas con antígenos del doctor mexicano **Salvador Capistrán**. Como escribimos anteriormente, la presencia en Madrid del Dr. Capistrán fue de las más celebradas por el público asistente. Con más de 70 años y la experiencia de haber superado un cáncer de estómago con una autovacuna elaborada con antígenos de la orina, su vitalidad y su discurso vibrante y emotivo le permitieron ganarse rápidamente al auditorio. Su tratamiento fue sin duda uno de los que más sorprendió porque después de años de escuchar hablar de la imposibilidad de obtener una vacuna contra el cáncer y a pesar de los millones invertidos por los laboratorios para obtenerla quienes le escucharon no podían salir de su asombro al conocer que esa vacuna existe y se elabora a partir de antígenos específicos para cada tumor presente... en la orina de los pacientes. Claro que, como denunció Capistrán, sus vacunas implican un tratamiento individualizado que no

puede ser rentabilizado comercialmente de forma masiva. Del sedimento urinario formado a partir de la primera orina acumulada de varios días se obtiene una fracción peptídica que al aplicarla como si fuera una vacuna reduce la actividad tumoral obteniendo un antígeno específico que puede ser además reforzado con un antígeno inmunocompetente obtenido de otro paciente que haya superado durante muchos años el mismo tipo de cáncer a tratar. En la orina se encuentran presentes además sustancias con propiedades específicas para tratar las distintas enfermedades a las que un organismo está expuesto por lo que la terapia tiene un poderoso lado preventivo. Durante el congreso presentó numerosos testimonios en video de recuperaciones conseguidas con los antígenos, algunas de ellas en casos que habían sido ya desahuciados.

EL BIO BAC

Quizás sea la proteína por definir de Salvador Capistrán, base de los antígenos urinarios, la que el microbiólogo, farmacéutico y veterinario **Fernando Chacón** descubrió hace varias décadas dando origen al *Bio Bac*, gran protagonista de la recta final del congreso. Como no podía ser de otra manera, la ponencia sobre el *Bio Bac* fue especialmente emotiva para todos los reunidos en el Auditorio del Palacio de Congresos y Exposiciones. Claro que la intervención del doctor **Fermín Moriano** impactó. De forma muy amena fue narrando la historia del *Bio Bac*. Explicaría así que mucho antes de que le fuera concedido el Premio Nobel al descubridor de los priones, **Stanley Prusiner**, Fernando Chacón ya lo había hecho y los había definido como *pribios*. Proteínas vivientes capaces de multiplicarse sin material genético, penetrar en las células e introducirse en su núcleo forzando la replicación y, por tanto, la aparición del cáncer, o bien permaneciendo en la célula alterando su metabolismo y causando otras patologías. Pues bien, el Bio-Bac consigue neutralizar ese proceso, impedir que las proteínas atraviesen la membrana celular y evitar así el desarrollo del cáncer y de muchas otras enfermedades, entre ellas las denominadas autoinmunes.

El doctor Moriano denunció luego públicamente la falta de debate científico sobre el *Bio Bac* y retó a la comunidad científica a examinar las pruebas existentes recordando que lleva más de un año esperando respuesta a su solicitud ante el Senado de que se cree una comisión de investigación sobre la eficacia del *Bio Bac*. Y ante la acusación gratuita y falsa de que no existen pruebas científicas presentó como simples ejemplos los resultados de los estudios en fases I, II y III en Osteoartritis y fases II y III en Sida que tiene el Ministerio en su poder -entre otros muchos- refiriéndose luego a los excelentes resultados que se obtienen también con los pacientes de cáncer. Tras la

atronadora salva de aplausos con que terminó la ponencia del Dr. Fermín Moriano, José Antonio Campoy pidió a **Rafael Chacón**, hijo del descubridor del Bio-Bac y responsable hoy del producto, que saliera para recibir la gratitud que merece alguien que lleva veinte años! luchando contra unos funcionarios corruptos que han impedido que hoy el producto esté a la venta a pesar de haber sido durante diez años! sufragado por la Seguridad Social y haberse vendido libremente durante más de veinte! Con el público puesto en pie, sin duda enardecido tras escuchar en detalle la historia real del producto y no las mentiras que tantos medios de comunicación han difundido falsamente los dos últimos años y medio, Rafael Chacón recibiría una prologadísima ovación que agradeció con muestras de sencillez y humor tras lo que prometió mantener su lucha para lograr la aprobación del *Bio-Bac* hasta el final.

DESPEDIDA Y CIERRE

La satisfacción general entre los asistentes al congreso era claramente manifiesta al finalizar el mismo. Incluso quienes al principio buscaban ansiosos una respuesta para su caso particular se marcharon esperanzados y con la decisión firme de profundizar en lo escuchado para luego elegir entre las soluciones terapéuticas propuestas. Los ponentes, satisfechos por el nivel que se encontraron y sorprendidos en muchos casos por lo allí expuesto, se mostraron dispuestos a seguir intercambiando información e, incluso, a incorporar -o ayudar a hacerlo- las técnicas escuchadas en sus respectivos protocolos y países. La organización anunciará por su parte que en septiembre próximo se publicará un libro que recogerá la información de las distintas terapias presentadas en el congreso e incluirá también aquellas otras sobre las que se ha venido informando en la revista durante los últimos tres años. Como colofón, ante la incomprensible ausencia de medios de comunicación y la necesidad de seguir ampliando los canales de información para llegar a la gente, se anunció la puesta en marcha de un servicio gratuito de información sobre salud a través de Internet -*Mednews*- con el que está previsto llegar inicialmente a millón y medio de personas y a través del cual se informará de aquellos temas que, como los expuestos en este congreso, se siguen ocultando a la mayor parte de la población. Lo importante de este primer congreso, pues, comienza ahora. El testigo entregado ha salido ya para todos los puntos de España y más de diez países. Los frutos llegarán; despacio quizás, pero llegarán. De momento podemos decir con satisfacción que en los días posteriores al congreso varios oncólogos se suscribieron a la revista. "*Dadme un punto de apoyo y moveré el mundo*", dijo **Arquímedes**. Ojalá este congreso sea la palanca que mueva a los oncólogos a abandonar las

posturas oficiales que benefician más a la industria que a sus pacientes.

Antonio F. Muro

La actitud de los medios de comunicación

La ausencia de los medios de comunicación en el congreso y el silencio absoluto sobre lo que en él se dijera fue predicha por el director de nuestra revista, **José Antonio Campoy**, durante su discurso de bienvenida. De los grandes medios nacionales -invitados todos a asistir- sólo acudió la agencia EFE y se interesó básicamente por el *Bio-Bac*. Es evidente que su significativa ausencia no se debió a la casualidad. Un medio puede fallar, todos es imposible.

Y es que, como se denunció en la presentación y en la ponencia de apertura, los grandes medios forman parte del sistema que mantiene el negocio del cáncer. ¿Autocensura? ¿Premeditación? El resultado final es el mismo. Sólo que hurtando la información del congreso han hurtado a millones de españoles la posibilidad de decidir por sí mismos qué hacer con su enfermedad. Se erigieron en "guardianes de la verdad y la ortodoxia" -más bien de "su" verdad- en lugar de ser sólo canales de información. En pleno centro de Madrid, con investigadores prestigiosos de diez países a su disposición para hablarles de tratamientos que sí curan el cáncer, optaron por el silencio cómplice. A pesar de que en España mueren ¡100.000 personas al año!

Eso sí, "casualmente", el día después del congreso el diario "*El País*" dedicó idos páginas enteras! a atacar al Dr. **Matías Rath** por defender la ingesta de micronutrientes como posible solución al sida en lugar de usar retrovirales. Y el día antes en "*El Mundo*" se alababan las bondades de la intervención quirúrgica en el cáncer de próstata. Y en otros medios se ensalzaba la quimioterapia como tratamiento del cáncer a pesar de su constatada inutilidad. O se hablaba de novedosas y prometedoras terapias que quizás en un futuro puedan...

No, los asistentes al congreso no entendieron la ausencia de esos medios. Ni nosotros, por supuesto.



ANTONIO BRÚ: "HEMOS DEMOSTRADO QUE EL CÁNCER SE PUEDE SUPERAR POTENCIANDO EL SISTEMA INMUNE"

La curación de un hepatocarcinoma terminal inyectando simplemente G-CSF (factores de crecimiento de colonias de granulocitos) ha situado a Antonio Brú -profesor de Matemáticas en la Universidad Complutense y físico de carrera- en medio de un torbellino de esperanzas y envidias que ha sacudido a la sociedad española. Su revolucionaria teoría sobre el crecimiento tumoral y los mecanismos para su detención cuenta ya en su haber con dos curaciones extraordinarias. Desde que ello se hizo público los pacientes reclaman poder acceder al tratamiento pero Brú debe respetar los pasos científicos protocolarios. En todo caso, afirma que en poco tiempo podrían estar hechos los ensayos necesarios para confirmar definitivamente la validez de su terapia. Mientras, la Administración reacciona con cautela y los representantes de la Oncología oficial se limitan a descalificar al investigador sin esgrimir argumentos científicos contra su trabajo.

En enero de este año a **Antonio Brú** se le acabó la beca post-doctoral que tenía en el *Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)* y tuvo que abandonar la institución. De nada le sirvió que durante ese tiempo desarrollara en su tiempo libre una nueva y revolucionaria teoría sobre el crecimiento tumoral y que su trabajo mereciera crédito en publicaciones científicas internacionales como *Physical Review*. Así que Brú se trasladó a la Universidad Complutense de Madrid donde encontró el respeto y el reconocimiento profesional que su trabajo merece y que algunos han intentado negarle de nuevo... nada más conocer el resultado clínico de su teoría. Porque Brú y su equipo decidieron seguir adelante y demostrar clínicamente que sabían cómo detener el crecimiento tumoral. Y así, con los necesarios permisos de la Agencia Española del Medicamento, comenzaron a tratar a una mujer con un melanoma en fase IV! y a un varón con un hepatocarcinoma terminal! ¿El resultado? Absolutamente inesperado para cualquier oncólogo: el cáncer parece haber desaparecido en ambos casos.

El caso del hepatocarcinoma ha sido ya publicado -el pasado 30 de mayo- en el *Journal of Clinical Research*. Se trata de un varón de 56 años, profesor de instituto, con un cáncer de hígado (hepatocarcinoma celular) que fue ingresado en febrero del 2004. El paciente pertenecía al 70% "no tratable" ya que su tumor tenía más de seis centímetros de diámetro (9,5 centímetros exactamente) y estaba asociado a una trombosis de la vena porta. Y para complicar más el panorama padecía

cirrosis. Pues bien, fue sometido a un tratamiento con G-CSF (factor de crecimiento de colonias de granulocitos) durante ocho semanas que fue muy bien tolerado por el paciente. Y la alfa feto-proteína (AFP) -marcador asociado al cáncer de hígado- se redujo de 453 a 4,7 nanogramos por mililitro de sangre. El examen por resonancia magnética mostró después que la masa tumoral se había reducido. En septiembre el enfermo recibiría un segundo ciclo de tratamiento para mayor seguridad, dada su gran evolución, pero ya no se observó diferencia. El pasado mes de enero seguía mostrando signos de cirrosis pero los análisis citológicos no detectaron ya la presencia células cancerosas malignas. De hecho, su estado de salud mejoró hasta el punto de que volvió a su puesto de trabajo en el instituto. *"El hepatocarcinoma puede haberse curado"*, escribieron los investigadores con la prudencia que es debida.

Bueno, pues la publicación de su trabajo, en lugar de recibir los elogios esperados, le ha situado en el centro de un auténtico huracán. Para empezar, tanto él como los miembros de su equipo -**Sonia Albertos**, del Servicio de Aparato Digestivo del *Hospital Clínico San Carlos*, **Fernando García-Hoz**, del Servicio de Aparato Digestivo del *Hospital Ramón y Cajal* e **Isabel Brú**, del *Centro de Salud La Estación de Talavera de la Reina*- se han visto desbordados por la avalancha de peticiones de tratamiento para enfermos de cáncer, muchos de ellos en situación desesperada. Sin embargo, a pesar de la firme convicción tanto de Brú como de su equipo en la eficacia del tratamiento, han tenido que recordar a esos enfermos que si bien se trata de un paso esperanzador hay que proseguir con el proceso de comprobación y éste durará algún tiempo por lo que hasta que no esté completado la terapia no podrá ponerse al alcance de los enfermos.

La Administración y la Agencia Española del Medicamento han mantenido la natural cautela en estos casos. No puede decirse lo mismo, sin embargo, de algunos representantes de los oncólogos cuyas declaraciones se asemejan más a una pataleta que a una reacción mesurada. Empeñados en descalificar tanto la investigación como a su autor han recurrido al juego fácil e indigno de levantar sospechas sobre su capacidad intelectual para abordar el cáncer, a poner en tela de juicio que contara con los permisos correspondientes para llevarla a cabo, a desmerecer el prestigio de la revista donde el trabajo ha sido publicado y, en el colmo de la sinrazón, a poner en tela de juicio el diagnóstico del caso publicado sin darse cuenta de que con ese mismo argumento podría acabarse con toda la estadística oficial de casos oficialmente curados.

El presidente de la *Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)*, **Antonio Antón**, tratando de restar importancia a la curación, habló de *"caso anecdótico"* -como siempre hace cuando un paciente se cura con

tratamientos no oficiales- añadiendo en un claro intento de restarle importancia: *"Debemos velar por un seguimiento estricto de los tratamientos para que no se engañe al público"*. Sólo que si realizar un seguimiento estricto de los tratamientos hubiera sido el objetivo principal de nuestros oncólogos hace tiempo que les habríamos visto denunciar la realidad del cáncer, un negocio multimillonario que sólo sirve para enriquecer a las farmacéuticas mientras continúa creciendo año tras año el número de muertes por esa causa.

Lo curioso es que en este caso difícilmente puede entenderse una reacción tan airada y que se haya llegado a hablar de "engaño". Porque Brú y su equipo están siguiendo escrupulosamente todos los pasos que los propios oncólogos exigen para validar un trabajo y no han hecho una sola afirmación que no hayan probado. Con lo que, lejos de tranquilizar a los enfermos de cáncer, tan desmedidas reacciones lo que ha hecho es desconcertarles y preocuparles porque no acaban de entender un ataque semejante a quienes sólo tratan de poner a disposición de la comunidad científica una teoría y un posible tratamiento a testar.

Claro que quizás esa reacción tan virulenta la ha provocado el hecho de que la confirmación de la teoría de Brú y su correspondiente aplicación terapéutica significaría el triunfo de quienes llevan décadas sosteniendo que la respuesta al cáncer está en fortalecer el sistema inmune y no en deprimir el organismo con tratamientos tan agresivos como los hoy utilizados.

UN APOYO INESPERADO

Como nuestros lectores recordarán Antonio Brú habló extensamente de su descubrimiento con nosotros (*lea el lector en nuestra web la entrevista que le hicimos en verano del pasado año y que apareció en el **nº 65***). De ahí que, ante la repercusión de las curaciones logradas, entendiéramos que era el momento de volver a charlar con él. Y debemos decir que le vimos algo desconcertado. Porque si bien Brú comprende la reacción de los enfermos y sus familiares no entiende en cambio el comportamiento de personas que justifican su beligerancia "en defensa de la Ciencia" cuando sus actitudes, sin embargo, lo que demuestran es un comportamiento impropio de un científico.

-Me gustaría empezar diciendo que yo no he dicho que curemos el cáncer -nos diría nada más empezar esta charla- sino que hemos obtenido un resultado muy importante, avalado por una teoría que creemos haber demostrado.

Antonio Brú nos recibiría en su pequeño despacho de la Facultad de Matemáticas de la Universidad Complutense de Madrid, lugar visitado en los últimos días por cientos de personas que tratan de ser incluidos -o incluir a sus familiares- en los próximos ensayos. La verdad es que

le encontramos con un aspecto bastante más desmejorado que la última vez que dialogamos con él. Entre satisfecho y preocupado, su primer mensaje es tratar de hacer entender a quienes buscan "ya" una solución a su enfermedad que sólo está al inicio del camino.

-Nuestro objetivo principal ahora mismo es explicar a las miles de personas que se han dirigido a nosotros -o puedan hacerlo en el futuro- que lo conseguido y publicado es sólo un paso, importante a nuestro juicio, eso sí, para entender lo que es el crecimiento tumoral y cómo el organismo lucha contra él. Que hemos abierto una nueva vía terapéutica pero que necesita ser validada con muchos más casos. Y, sobre todo, que no podemos tratar a la gente con ella hoy porque no es legal. Hay que seguir unos procedimientos perfectamente establecidos y los vamos a iniciar próximamente pero, de verdad, en este momento no podemos ofrecer tratamiento a los enfermos. Les entiendo desde el punto de vista humano pero no podemos hacer otra cosa que avanzar y reducir al máximo los plazos a fin de que la investigación clínica se complete cuanto antes... pero sin saltarnos ni un solo paso del protocolo exigido.

-Cuando hace un año anunció que la estrategia para vencer al cáncer pasaba por fortalecer el sistema inmune mucha gente pensó que no podía ser tan simple. Sin embargo, el tiempo parece que va a darle la razón.

-Sí, porque creo que hemos demostrado que el cáncer se puede superar potenciando el sistema inmune, ahora tenemos que ratificarlo estadísticamente

-Parece además estar convencido de que el proceso es ya imparable. ¿Quizás porque ya no lucha en solitario y cuenta con el respaldo de una institución de prestigio como la Universidad Complutense de Madrid?

-Estoy muy orgulloso de que la Universidad Complutense haya apoyado este trabajo, esta línea terapéutica y además apueste por ella. A todos los niveles, desde el más alto al más bajo, ha cerrado filas en torno nuestro lo que agradezco profundamente porque creo que va a posibilitarnos seguir adelante con la investigación que, se lo digo sinceramente, se merece al menos por parte de los escépticos, desde hace mucho tiempo, el derecho a la duda. Y que ahora, tras los resultados obtenidos en pacientes terminales, merece aún algo más que eso. Sí, el apoyo de la Complutense es firme y definitivo. En los últimos días hemos mantenido diversas reuniones para ver cómo estructurar las siguientes etapas de la manera más eficaz y rápida. Realmente se está trabajando todo lo rápido que se puede porque normalmente estas cosas suelen ir mucho más despacio.

-Pero si usted ha utilizado fármacos ya existentes en el mercado que han pasado los estudios pertinentes y están

aprobados precisamente como reforzadores del sistema inmune, ¿no habría posibilidad de atender al menos a otros enfermos terminales de cáncer alegando el "uso compasivo" previsto por la ley?

-Lo que hasta hoy se sabe de esos fármacos es que, en condiciones determinadas y bajo un protocolo concreto, funcionan muy bien y restablecen rápidamente los niveles del sistema inmune cuando existe neutropenia a consecuencia de la aplicación de quimioterapia. Pero estamos hablando de utilizarlos en dosis muy diferentes. Y si bien es verdad que nosotros no hemos constatado que haya efectos secundarios eso debe establecerse oficialmente siguiendo los protocolos establecidos. Aunque nuestra impresión inicial sea que usarlos a dosis mucho mayores de las habitualmente indicadas potencia el sistema inmune de tal forma que puede acabar con los tumores sin efectos negativos apreciables. Lo que no obsta para que actuemos con cuidado y se compruebe. Además tenemos que ver si es igual de eficaz en otros tipos de cáncer. Porque yo estoy convencido de que va a ser así pero es necesario seguir el método científico. Luego, una vez demostrado que el tratamiento funciona, habrá que ampliar el número de casos. Afortunadamente todo ello se puede hacer en unos pocos meses. Entiendo que a la gente que vive una situación desesperada ese tiempo se le antoje muy largo pero para la sociedad, teniendo en cuenta que se trata de abrir una nueva etapa, esos meses que vamos a invertir en probar y demostrar si funciona en todos los casos y sin efectos secundarios constituye un paso imprescindible.

-Bueno, a nuestro juicio eso no impide que cualquier médico pueda dirigirse al Ministerio de Sanidad y solicitar su uso para un enfermo desahuciado o terminal. Y esperamos que suceda. Supongamos ahora que mañana le llaman desde el Ministerio y le dicen que están dispuestos a poner a su disposición los departamentos de Oncología de ocho o diez hospitales públicos para realizar ensayos multicéntricos. ¿Qué supondría eso para la investigación?

-Hombre, me encantaría porque podríamos poner todo en marcha en muy pocos días. A fin de cuentas como uno de los puntos más importantes de nuestra teoría es que es válida para todo tipo de tumores sólidos cuántos más ensayos haya más tipos concretos de cánceres asociados a tumores sólidos podríamos tratar y el estudio sería más amplio y fidedigno. Y, por supuesto, iríamos mucho más rápido. El único tipo de tumor sólido que aún estamos investigando un poco más es el de cerebro pero en el resto de tumores sólidos podrían empezar ya a plantearse ensayos. Y cuántos más, mejor.

-Suponemos que le habrán dolido algunos de los comentarios

vertidos estos días. Que después de doce años de investigación y tanto dinero puesto de su propio bolsillo para llegar hasta aquí y haya individuos que se permitan desde sus despachos afirmar que la suya no es una investigación "seria"...

-Ni caso. La comunidad científica es una parte de la sociedad y, por tanto, reproduce sus mismas virtudes y defectos. Por eso encontramos sectores más conservadores y sectores más progresistas. Y se constata que en ella también hay celos y envidias. Al igual que en la sociedad, dentro de la comunidad científica uno sabe que cuando hace un movimiento habrá sectores que reaccionarán en contra. En todo caso, la reacción en mi caso no ha sido general, se ha limitado a un grupito de personas. Y además sus "críticas" no han sido tan importantes...

-Bueno, repasemos algunas de esas críticas. El doctor Eduardo Díaz Rubio, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, expresó en el diario "El Mundo" la escasa credibilidad del caso que ustedes han presentado, llegando a plantear según el diario que habría que hacer una auditoría "para ver si realmente se trataba de un cáncer". Quizás las de este tipo sean las críticas peorintencionadas que se le han hecho: insinuar que podía tratarse de un caso mal diagnosticado.

-Evidentemente se trata de una opinión no meditada, no razonada y sin base alguna. Tanto en los hospitales públicos como en los privados un tumor es diagnosticado por el servicio de Anatomía Patológica, por el servicio de Radiodiagnóstico y contando con el criterio de los médicos. Así que cuando alguien dice que se puede tratar de un caso mal diagnosticado lo que en realidad está haciendo es poner en duda los informes de todos esos servicios, está poniendo en duda el criterio de los especialistas e, incluso, está poniendo en duda a la propia Agencia Española del Medicamento a la que considera capaz de dar luz verde a un informe falso. Creo que ese argumento, obvio resultado del calentón de una persona en un momento determinado, no se sostiene.

-Sobre todo teniendo en cuenta que ese mismo "argumento" podría ser aplicado como vara de medir a las "curaciones de cinco años" obtenidas por la Oncología oficial... En fin, otro "argumento" con el que han pretendido desmerecer su investigación tiene que ver con la "categoría" de la revista en la que publicó su trabajo, que ha sido menospreciada. El doctor Joaquín Arribas, jefe de Investigación Oncológica del *Instituto de Investigación Vall d'Hebron* de Barcelona, afirmó (también en el diario "El Mundo", conocido defensor de los tratamientos convencionales): "Estoy muy acostumbrado a revisar artículos

para revistas de calidad y en mi opinión ése no habría pasado los filtros necesarios para publicarse en alguna de relevancia".

-Debo decir que, en mi campo, soy revisor de revistas científicas de tan alto prestigio como cualquiera para las que trabaje quien ha afirmado eso. Y sé por tanto el rigor que se precisa para que una investigación sea publicada. Es obvio que con la alusión a la calidad de la revista se pretende simplemente desviar la atención sobre el continente y no tener así que centrarse en el contenido. Me hubiera gustado que ese señor hubiera explicado las razones por las que no lo hubiera dejado pasar y así hubiéramos oído una "crítica científica". Es llamativo, en cualquier caso, que en vez de centrarse en rebatir la cuestión científica nuestros detractores se dediquen a dudar de la honestidad de todo el mundo involucrado en el asunto y de la eficacia de los servicios de los hospitales que intervinieron en el diagnóstico del paciente.

-También se ha esgrimido que uno de los laboratorios cuyos productos precisamente han utilizado rechazó participar oficialmente en los ensayos ¿Cómo lo explica?

-Pues porque no somos un grupo de relevancia social con posiciones profesionales de prestigio y porque estamos presentando una concepción absolutamente diferente de lo que es el crecimiento tumoral y su relación con el sistema inmune. Creo que se ha tratado de una cuestión de dificultad para entender los resultados pero también puede deberse a que el tratamiento es tan simple que desconcierta. Si hubiéramos presentado un tratamiento cuya administración fuera muchísimo más compleja igual tendríamos mayor credibilidad.

-Terminemos con las críticas vertidas. Se ha argumentado también en contra de su investigación que se ha trabajado durante mucho tiempo con factores de crecimiento de colonias y jamás se han notado resultados tan prometedores como los que ustedes afirman conseguir. A ese respecto, el doctor Ricardo Cubedo, miembro del Servicio de Oncología Médica de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, afirmó según cita el diario ya citado: "Si alguien hubiese observado, ya no sólo que los pacientes se curan sino simplemente que mejoran, habría salido a la luz de otra manera".

-Esa crítica es totalmente acientífica y anticientífica. Es muy fácil hablar sin aportar evidencias. En primer lugar, se podría decir que aunque todo el mundo mire no todos ven lo mismo. En segundo lugar, ellos no han estado mirando eso porque han estado buscando otras cosas y no el mecanismo que nosotros hemos definido con lo que el árbol les ha impedido ver el bosque. Desde luego, en la dosis, intensidad y duración con la que nosotros hemos trabajado nunca

antes se había probado.

También quiero responder a quienes han afirmado que el tratamiento puede acabar con la médula ósea. Veremos qué pasa después de un tiempo largo pero lo que sí podemos afirmar hoy con seguridad, porque lo hemos verificado, es que un año después del tratamiento sigue sin haber ningún efecto nocivo en la médula ósea. Y teniendo en cuenta además que estamos hablando de pacientes a los que se les dice que les quedan dos meses con mala calidad de vida habría que saber qué opinan ellos de que se les ofreciera un año, cinco o diez con muy buena calidad de vida... aunque existiera la posibilidad de que aparecieran esos posibles efectos. Que, insisto, nadie puede afirmar que vayan a producirse; antes bien, lo que sabemos hoy indica justo lo contrario. No existe en la bibliografía científica referencia alguna que apoye esa afirmación, absolutamente gratuita y sin fundamento.

-En cualquier caso parece evidente que si hasta ahora esos fármacos se han utilizado en dosis inferiores y como recuperador del sistema inmune tras los ciclos de quimioterapia es obvio deducir, siendo inocuos, que a mayor cantidad mayor será la eficacia...

-Se han estado utilizando a dosis inferiores y en duraciones inferiores. Además, cuando se han utilizado postquimioterápicamente se ha hecho para recuperar los valores normales y combatir la neutropenia pero inunca para producir una cantidad de neutrófilos suficiente como para combatir un tumor! Y para eso hace falta un factor 10. Aunque debemos continuar los estudios para ver si vale con una cantidad menor.

-Volvamos a los resultados porque son realmente llamativos. Porque hablamos de iun melanoma en fase IV y un hepatocarcinoma terminal! Dos enfermos pues que, según toda la bibliografía existente, tenían una expectativa de vida muy corta. ¿Cuándo se dieron cuenta de que el tratamiento funcionaba?

-En el caso del melanoma, al no contar con marcadores tumorales, al ver que la calidad de vida era muy buena y las lesiones no sólo no progresaban sino que al pasar el tiempo desaparecían. En el caso del hepatocarcinoma todo resultó mucho más excitante porque la calidad de vida mejoró inmediatamente y los marcadores tumorales comenzaron a bajar también rápidamente. Para apreciar una clara mejora de la calidad de vida estamos hablando de un mes.

El melanoma lo tenía una joven de 34 años que, a pesar del mal pronóstico, no tenía mala calidad de vida pero no era así en el del hepatocarcinoma cuya calidad de vida sí era mala. Permanecía en cama, padecía insuficiencia renal y sufría fuertes dolores. Ahí si comprobamos una mejoría tremenda en su calidad de vida.

-¿Cuánto tiempo duró el tratamiento hasta que desaparecieron los signos de presencia cancerígena?

-El tratamiento se realizó por medio de inyección subcutánea. En ambas ocasiones durante 8 semanas. En el caso del hepatocarcinoma al ver que los resultados eran tan buenos uno de nuestros clínicos sugirió repetir a las pocas semanas un segundo ciclo pero no se consiguió mejorar lo obtenido con el primero. Es decir, que como ve los ciclos de tratamiento son muy cortos.

-Y una vez alcanzados los resultados ¿hace falta volver a inyectar a los pacientes más adelante?

-No, en principio no. Nosotros, antes de publicar los resultados conseguidos en el tratamiento del hepatocarcinoma, esperamos seis meses desde que se le administró al enfermo la última inyección para ver la evolución. Conviene esperar algún tiempo porque hemos constatado que mediante las técnicas de imagen... aunque no haya tumor se sigue apreciando la misma imagen, como si el tumor continuase allí! Probablemente los granulocitos se marcan con el gadolinio de la misma manera que las células tumorales así que aunque no haya tumor parece como si lo hubiera durante un tiempo hasta que el organismo empieza a "eliminar" esa masa pero, en cualquier caso, es un fenómeno que tenemos que seguir estudiando. Por eso conviene esperar a que el organismo vaya eliminado esa masa que, como hemos comprobado, se va convirtiendo en algo displásico, desde luego no tumoral.

-Díganos, ¿se arrepiente de que se hayan hecho públicos los resultados sobre su experiencia con el hepatocarcinoma en los medios de comunicación, más allá de la mera difusión en una publicación científica?

-No, en absoluto. Dimos el paso que todo equipo científico debe dar: difundir los resultados a medida que se obtienen. Tal es -o debería ser- a nuestro juicio el "modus operandi" de un científico. Porque era importante que, no ya nosotros sino cualquier otro grupo en el mundo, supiera que nuestra teoría derivaba en esos resultados. De esa forma nos asegurábamos además de que partir de ese momento se podrían dar los siguientes pasos, si no en España, en cualquier otro lugar del mundo.

-¿Los siguientes ensayos seguirán en la misma línea de casos que los dos anteriores?

-Aunque se está hablando y trabajando con rapidez eso no está aún decidido pero, viendo la reacción tan desesperada de la gente, todas las instituciones parecen haber entendido la necesidad de dar una respuesta rápida dentro de la línea científica.

-Suponemos que empezarán al menos en fase II...

-En principio sí porque los efectos del medicamento no tenemos ya

que probarlos. Se conocen, por eso están aprobados. Aunque es algo que hay que plantearse todavía.

-¿Pediría algo a la Administración para que se pudiera acelerar el proceso?

-Bueno, en ese sentido hemos tenido suerte porque a las pocas horas de la publicación mi propia universidad me preguntó qué necesitaba. Cuento pues con la financiación de la Universidad y ahora estamos estableciendo qué cauces administrativos son mejores para avanzar rápidamente. Yo estoy muy satisfecho de la cautela con lo que lo han recibido, la misma con que lo he dado a conocer yo. En ningún momento he dicho "curo el cáncer" sino que se trata de un resultado muy importante que viene avalado por una teoría muy elaborada. Debo decir que todas las señales que yo he recibido -obviando esas críticas que han ido más a la descalificación personal y profesional que al contenido de la investigación y a las que no doy ningún valor- son muy esperanzadoras.

-Entonces, ¿piensa que el proceso no va ya a detenerse?

-No, no se va a detener el proceso en ningún momento. Y allí lo dejamos. Él es quien cierra la puerta de la facultad en los últimos días. La Complutense le ha propuesto exponer los resultados ante el mundo científico en los recintos de la propia universidad y en ello se está trabajando. Está convencido de que si consigue demostrar en un estudio controlado con 20 o 30 pacientes que el tratamiento funciona se habrá dado el paso definitivo. Eso sí, no se ha planteado de momento la posibilidad de que le exijan realizar estudios a doble ciego en donde haya pacientes que reciban su tratamiento y otros que no.

Con la puerta cerrada y Antonio Brú dentro de su despacho trato de encajar algunas ideas que resuenan como campanillas llamando mi atención. Si el tratamiento se realiza con fármacos que ya están en el mercado, han pasado los estudios preclínicos de toxicología y se utilizan para lo mismo -reforzar el sistema inmune-, si existe quien puede coordinar un protocolo con pacientes terminales en distintos tipos de cáncer y en distintos centros -Antonio Brú-, si el tratamiento es económico, si hay enfermos voluntarios más que suficientes y si el mismo dura sólo dos meses viéndose los resultados de calidad de vida ya al primer mes, ¿qué impide al Ministerio de Sanidad apostar por un macroensayo multicéntrico para saber en menos de un año si estamos ante una esperanza frustrada o ante la mayor aportación de la ciencia española a la historia de la Medicina? Sólo la voluntad política.

Tampoco está de más recordar a pacientes y médicos que el artículo 38 de la Ley del Medicamento contempla que los fármacos en investigación que hayan pasado *"las pruebas preclínicas necesarias para establecer el perfil farmacológico y toxicológico del producto que*

*garanticen su aptitud para la investigación clínica" -que es el caso de los productos utilizados por Antonio Brú- pueden ser requeridos por los médicos de los enfermos. Porque el apartado número 5 de ese artículo dice textualmente: "Excepcionalmente, el Ministerio de Sanidad y Consumo podrá conceder autorización, con las condiciones que en ella se expresen, para la prescripción y la aplicación de medicamentos en investigación a pacientes no incluidos en un ensayo clínico cuando el médico, bajo su exclusiva responsabilidad y con el consentimiento expreso del paciente, considere indispensable tratarles con ellos y justifique ante la autoridad sanitaria los motivos por los que decide tal tratamiento". Y eso mismo es lo que están solicitando los pacientes en la actualidad. Además cada caso podría articularse en un macroensayo. Claro que eso mismo pidieron los consumidores de *Bio-Bac* y nadie les hizo caso.*

Por otra parte, que nadie nos venga con cuentos sobre posibles efectos secundarios negativos... porque hablamos de pacientes terminales. Además, resulta paradójico constatar que la *Talidomida* -el medicamento maldito por excelencia que produjo a principios de los 60 terribles malformaciones en cerca de 3.000 casos sólo en España, se utiliza en la actualidad como medicamento anticancerígeno! según declaró el pasado 12 de junio al diario "*El Mundo*" el doctor **Pedro Pérez Segura**, secretario científico de la *Sociedad Española de Oncología Médica*. Su uso está autorizado para algunos tipos de cáncer (leucemia, mieloma o tumores cerebrales) "*en casos de fracaso de tratamientos previos*". Y eso que en todos los casos "*el paciente tiene que firmar un consentimiento y se le informa exhaustivamente de los efectos del medicamento, de su teratogeneidad*".

Traducido para quien no lo entienda: un paciente con cáncer terminal puede pedirle a su médico que le administren *Talidomida* bajo su responsabilidad... pero no *G-CSF* o *Bio-Bac*. ¿Por qué?

Antonio F. Muro

Una teoría revolucionaria

La teoría de Antonio Brú contradice básicamente las ideas convencionales mantenidas hasta el momento sobre el crecimiento de los tumores ya que, según sus investigaciones, éste se caracteriza por tres cosas:

- ▶ **1)** Que las células cancerosas se agrupan en los huecos rugosos del tumor.
- ▶ **2)** Que el tumor se expande mediante la alimentación de las células cancerosas que están

en sus bordes. Y,

► **3)** Que el crecimiento de la colonia cancerosa es más o menos constante en el tiempo. Que la proliferación esté restringida al borde de la colonia de células tumorales significa además que las células del interior de la colonia no proliferan al mismo ritmo que las de fuera. Su teoría consigue explicar por qué mientras los tiempos de duplicación celular son de 48, 72 horas, etc., los de duplicación tumoral se extienden en algunos casos a más de cien días. Y es que al parecer lo que ocurre, simplemente, es que no crece todo el tumor sino sólo su borde. Dicho de otra manera: para tener un tumor de un centímetro cúbico a partir de una célula de la cual todas las duplicaciones pudieran a su vez duplicarse con normalidad habría que esperar 32 duplicaciones mientras que si la proliferación se produce más o menos en el borde deberían esperarse 800. Esto explicaría también por qué tumores de un centímetro cúbico son tan malignos. Tras 32 duplicaciones no parece lógico que las células acumulen tantas aberraciones cromosómicas pero, en cambio, tras ochocientas duplicaciones sí es posible. Esta teoría ayuda además a explicar otra infinidad de hechos. Por ejemplo, que una metástasis sea mucho más maligna que el tumor original ya que las metástasis siempre vienen generadas por células del borde que emigran a otro punto y la célula del borde siempre es mucho más maligna que la célula del tumor primario.

Este proceso se repite -según la teoría de Brú- de forma igual en todos los tumores sólidos y por eso aquello que sirva para parar el crecimiento de un tipo de tumor sirve para detener el crecimiento de todos ellos.

El papel de los neutrófilos para combatir el cáncer

Para explorar su nueva teoría sobre el crecimiento del cáncer y analizar los efectos de la presión en la frontera del tumor **Antonio Brú** incrementó la respuesta inmune para ver si la dinámica universal del crecimiento tumoral podía modificarse. Su efecto inmediato fue el movimiento masivo de neutrófilos hacia los alrededores del tumor! Tras estudiar todo tipo de terapias había llegado a la conclusión de que la clave estaba en los neutrófilos. Había observado que cuando intervenían ellos, aunque fuera de manera involuntaria, se producían buenos resultados. Y cuando no había buenos resultados en el tratamiento... los neutrófilos no estaban apenas presentes. Los neutrófilos, elementos fundamentales de nuestro sistema inmune, poseen determinadas características que les convierten en fundamentales para enfrentarse al crecimiento tumoral: pueden aguantar el entorno ácido del tumor permaneciendo en contacto íntimo

con las células tumorales, tienen bastante masa y aparecen siempre en todos los procesos tumorales, tanto si existe terapia como si no. El siguiente paso seguido por el equipo de Brú fue constatar si la neutrofilia -es decir, una presencia masiva de neutrófilos- permitía "luchar" en las concavidades del tumor con las células tumorales y detener su replicación. Y vieron que sí. Después llegaron a la conclusión de que la fórmula más sencilla para lograr la neutrofilia era que la generara el propio organismo estimulando la médula ósea. Se probó en experimentos con ratones, se constató que efectivamente se generaba neutrofilia y que el propio organismo, al igual que cuando nos hacemos una herida, se encargaba de llevar los neutrófilos a la zona del tumor. Una vez allí se posicionan en torno a él recubriéndolo y logrando así dos objetivos importantes: el primero, disminuir el mecanismo de desplazamiento en el borde de las células tumorales impidiéndolas llegar a "posiciones cómodas" para su duplicación al dificultar que se alimenten; y segundo, aumentar la presión en el interior del tumor provocando la desaparición del oxígeno, elemento imprescindible para el crecimiento tumoral. En suma, los neutrófilos encapsulan el tumor impidiendo que se alimente y le quitan el oxígeno que precisa para crecer. Con lo que, con el tiempo, se necrosa y muere. Luego el organismo puede decidir fagocitarlo lentamente y hacerlo desaparecer o ahorrarse energía y dejarlo inerte si no provoca molestias.



SOBREVIVEN AL CÁNCER... Y AL DIAGNÓSTICO DE SUS ONCÓLOGOS

CanVi -en catalán "*cambio*"- es una organización no gubernamental (ONG) nacida en Barcelona constituida por un grupo de enfermos de cáncer que un día decidieron afrontar su enfermedad al margen de los tratamientos convencionales. Unos porque, desahuciados por los oncólogos y enviados a su casa a morir, decidieron no resignarse y buscar alternativas. Otros porque prefirieron apostar desde el principio por soluciones menos traumáticas y agresivas que las propuestas por la Oncología. Su objetivo es ofrecer apoyo psicológico, emocional y espiritual al enfermo de cáncer, darle información sobre cómo afrontar la enfermedad con métodos naturales y terapias alternativas, y divulgar -a través de sus historias

personales- el mensaje de que es posible vencer al cáncer con métodos naturales incluso tras haber sido desahuciados por los oncólogos.

Hacía falta su iniciativa. A menudo los enfermos de cáncer acostumbran a vivir su enfermedad con terror y en soledad, a veces incluso con vergüenza por el deterioro físico causado por la enfermedad y por una especie de sentimiento oculto de culpa que aparentemente les hace merecedores de tan cruel castigo. Inmersos en la angustia, lo habitual ha venido siendo dejar toda iniciativa en manos de sus oncólogos, fiarse ciegamente del sistema establecido y someterse con miedo y esperanza a los tratamientos convencionales. Fuera de su alcance quedan propuestas alternativas que, como las presentadas en el *I Congreso sobre Tratamientos Complementarios y Alternativos en cáncer* recientemente celebrado en Madrid, son silenciadas por los medios de comunicación y, desde luego, ignoradas por la mayoría de los oncólogos. Sin embargo, son muchas las personas que han conseguido superar la enfermedad utilizando métodos diferentes y con bastante menos sufrimiento físico. Y eso que recurrir a nuevas opciones de tratamiento es un derecho que sistemáticamente se les niega a los pacientes a los que se les oculta información y en algunos casos incluso se les coacciona moralmente llegándose a la amenaza de negarles la realización de pruebas diagnósticas cuando reconocen estar tomando o usando algún producto al margen de lo señalado oficialmente. De esta forma se les aísla en su dolor y se anula su voluntad.

Así ha sido... hasta hoy. Porque en Barcelona un grupo de enfermos que saben que la curación del cáncer es posible con otras terapias; que fueron enviados a sus casas a morir después de seguir los protocolos habituales -cirugía, radioterapia y quimioterapia- que buscaron -y encontraron- para sobrevivir respuestas diferentes a las que escucharon por boca de sus médicos, que creen firmemente que el enfermo tiene derecho a estar plenamente informado y a tener siempre la última palabra por lo que han decidido poner en marcha una hermosa iniciativa: crear una ONG de ayuda al enfermo de cáncer llamada *CanVi (Cambio)*. Sus promotores la definen como "*una agrupación de personas que han superado el cáncer utilizando su poder interior y que quieren que sus experiencias y aprendizajes sirvan para que otras personas afectadas por la enfermedad puedan mejorar su salud*" Y que ante todo apuestan por la medicina natural si bien consideran válido cualquier método empleado para mejorar la salud.

Los socios fundadores son **Alejandro Fajardo** -Presidente-, **Arturo Lafuente** -Secretario-, **Carmen Lallana** -Tesorera- y **Paco Piñol** y

Francisca de Lafuente -vocales-. De *CanVi* forman parte personas actualmente enfermas y otras que padecieron la enfermedad hace años así como familiares y amigos de éstas. También pretenden ser abiertos en cuanto a los posibles caminos terapéuticos por lo que su intención es acoger tanto a quienes estén usando exclusivamente medicina natural como a quienes, usando la medicina convencional, participen de la idea de que la curación pasa también por un trabajo interior y, claro está, a quienes decidan combinar las dos tipos de medicinas.

En unos meses estarán plenamente operativos. Hoy son sólo un germen plagado de ilusiones, de energía, de ganas de ayudar a superar las múltiples barreras que un día se levantarán ante ellos. Y son tres los objetivos que esperan alcanzar por etapas.

▶ **1)** Dar apoyo psicológico, emocional y espiritual al paciente de cáncer sea cual sea la fase de su enfermedad, tenga un pequeño tumor o un cáncer avanzado. *"Cualquier persona que esté sufriendo la problemática del cáncer, ya sea en su propia persona o en un familiar o amigo -nos diría Fajardo- podrá formar parte de la gran familia que ya somos. Aquí se sentirá arropada, protegida y, sobre todo, esperanzada".*

▶ **2)** Dar información sobre cómo afrontar la enfermedad con métodos naturales y terapias alternativas. *"Recogeremos -añadiría- las informaciones de los mejores profesionales de la medicina natural que tengamos a nuestro alcance, siempre desde un punto de vista plural y holístico. Todos los escritos queremos que sean corroborados como mínimo por dos profesionales que no tengan intereses compartidos. Se informará sobre buenos hábitos, buenos alimentos, bienestar psicológico y emocional... Además habrá reuniones de afectados y conferencias gratuitas. Luego será el paciente quien decida cómo usar esa información".*

▶ **3)** Divulgar, a través de sus propias experiencias, el mensaje de que cáncer no es igual a muerte y de que es posible superarlo con métodos naturales incluso tras haber sido desahuciado por los médicos y enviado a casa a esperar el momento de la muerte.

Historias de las que han querido dejar testimonio en primera persona para los lectores de nuestra revista aunque luego los oncólogos califiquen sus historias de "anecdóticas" (claro que la mayor parte de los pacientes de éstos no pueden contar "anécdotas" similares porque están muertos).

Historia de alejandro fajardo, afectado de cáncer de huesos (osteosarcoma).

"Me llamo Alejandro Fajardo Mohedano, tengo 24 años y soy de Barcelona. En julio del 2002 me diagnosticaron un osteosarcoma en el

peroné, un cáncer óseo de los más agresivos y mortales. Recibí quimioterapia durante seis meses al ritmo de una semana sí, otra no. Tras esos seis meses me operaron y me cortaron el peroné hasta prácticamente la altura del tobillo saando también el nervio ciático lo que me supuso la pérdida de movilidad del pie izquierdo. Tras la operación me trataron otros seis meses con quimioterapia, exactamente con el mismo protocolo que antes de la operación. En esas sesiones mi médula espinal empezó ya a acusar tanta quimioterapia y comenzaron a bajarme las defensas. Al acabar el protocolo de quimioterapia me programaron 30 sesiones de radioterapia "por si acaso" (cita literal). Paralelamente a la radioterapia me realizaron las pruebas de evaluación final y salieron mal. Había una recidiva en la misma zona. Consideraron entonces que lo mejor era amputarme la pierna izquierda por encima de la rodilla y dar algunas sesiones más de quimioterapia, esta vez menos agresivas y más cortas. 'Con esa actuación -me dijeron textualmente- el porcentaje de curación es del 98%'. Sin embargo, durante las últimas tandas de quimioterapia me hicieron de nuevo pruebas de control y volvieron a salir mal. En septiembre del 2003 mi oncólogo me informó de que mi osteosarcoma había hecho metástasis pulmonar y añadió que ya no había ningún tipo de tratamiento que pudiera salvarme de una muerte rápida y segura".

"En ese momento de desesperación vino a verme un amigo que me dijo que una amiga suya era una gran experta en Nutrición y que seguramente podría ayudarme. Así que como no tenía nada que perder fui a verla... ¡Y menos mal que lo hice! Porque esa tarde cambió mi vida. **Suzanne Powell**, la nutricionista, derrochaba alegría y optimismo. Le conté mi caso y mi situación y, lejos de mostrar preocupación, se mostró totalmente confiada en que iba a curarme sin problemas. Me dijo: "Bueno, pues si queremos curarnos pronto tendremos que ponernos las pilas". Ante mi perplejidad y mi desconfianza, Suzanne empezó a contarme su historia. Veintidós años atrás le diagnosticaron un cáncer de útero y le dijeron que tendría que someterse a quimioterapia, radioterapia y cirugía sin que pudieran darle garantías de que se iba a curar totalmente. No podría tener una vida sexual normal ni tampoco tener hijos. Ante esa perspectiva rechazó los tratamientos. Al poco tiempo conoció a un naturópata dispuesto a ayudarla con unas dietas muy estrictas. Puso todo su empeño y energía en utilizar los alimentos para curarse y a los pocos meses se realizó nuevas pruebas. ¡Y había desaparecido todo indicio de malignidad! Desde entonces se dedicó a estudiar Nutrición. Hoy, además de esos conocimientos, Suzanne es experta en una técnica energética oriental conocida con el nombre de 'Zen y Larga Vida'".

"Paralelamente le pedí a Joan, un amigo mío experto en motivación

(coaching) y control mental, que me guiara para llevar a cabo una programación de mi subconsciente. Quería desprogramar de mi subconsciente los mensajes de que estaba enfermo y de que iba a morir, y programar encima los mensajes de que estaba sano y de que iba a vivir. Además quería aprender a utilizar técnicas de visualización para mejorar el proceso de sanación".

"Seguí con disciplina la dieta y los ejercicios energéticos que Suzanne me propuso. A nivel nutricional Suzanne me diseñó una dieta depurativa basada en los principios del higienismo que consiste en eliminar aquellos productos que ya el sentido común nos dice que no son los más adecuados: alcohol, embutidos, chocolate, azúcares refinados, refrescos gaseosos, grasas saturadas, etc., y combinar adecuadamente los alimentos para que puedan ser digeridos con mayor facilidad. Y así, poco a poco, el cuerpo se va limpiando de toxinas. Junto a esa dieta Suzanne me recomendó tomar una suplementación dietética para ayudar a depurar mejor y tratar de mejorar mi sistema inmunitario. Estos suplementos eran básicamente vitaminas, inmunoestimulantes y antioxidantes, todos ellos, por supuesto, procedentes de productos naturales. También practiqué a diario ejercicios a base de respiraciones conscientes y meditaciones. Y a nivel mental, como antes dije, llevé a cabo una desprogramación de mensajes negativos y una reprogramación con mensajes positivos. También trabajé con visualizaciones curativas."

"Pues bien, al cabo de sólo dos meses fui a hacerme unas pruebas y los médicos se quedaron extrañados parecía haberse detenido la enfermedad. Al cabo de cuatro meses volví a hacerme otras -para entonces yo ya debería haber muerto- y salió más o menos lo mismo. No se apreciaba un avance significativo de la enfermedad. Volví a los seis meses y pedí que me hicieran una evaluación completa con las pruebas necesarias para determinar exactamente cuál era mi estado. Y concluyeron que seguía más o menos igual que cuando me operaron, hacía ya seis meses. Llegados a este punto los oncólogos tuvieron que reconocer que mi caso era totalmente excepcional y no entendían cómo podía ser posible".

"Los meses siguientes seguí con la dieta y los ejercicios y empecé a trabajar más en profundidad la dimensión psicológica y emocional de mi enfermedad. Aprendí una serie de técnicas y teorías que me dieron herramientas para usar mi mente y mis emociones a fin de comprender mucho más acerca de mí y de mi enfermedad, y desde esa comprensión poder mejorar mi proceso de sanación. Básicamente fueron las teorías y los ejercicios de Louise L. Hay los que me ayudaron a encontrarme a mí mismo y a encontrar las respuestas al porqué de mi enfermedad. Desde esta teoría hice un análisis exhaustivo de mi vida prestando atención a aquellas situaciones

pasadas que me resultaron especialmente dolorosas y con esa ayuda conseguí superadas y sanarlas. Conocí así el gran poder curativo del perdón. Tras un ejercicio especialmente intenso de perdón noté con mucha intensidad el dolor en un tumor de seis centímetros que tenía en una costilla. Al día siguiente desapareció, como por arte de magia y ante mi más absoluta estupefacción. Al poco tiempo, en la siguiente revisión, mi oncólogo se volvía loco palpando y buscando un tumor del tamaño de un huevo que sobresalía de mi pecho y que había desaparecido en unos días".

"Así siguieron las cosas hasta que pasó un año desde que me operaron por última vez. Era ya Octubre de 2004 y todo seguía igual o, incluso, mejor. Mi oncólogo, escéptico desde el primer momento, tuvo que reconocer que, fuera lo que fuera lo que estaba haciendo, tenía unos resultados excelentes y a esas alturas ya consideraba la posibilidad de la curación. Me llegó a decir que si algo de lo que pudiera proponerme él iba a entrar en conflicto con lo que hacía yo rechazara lo que propusiera él sin pensarlo. Hoy en día puedo decir que soy un superviviente. Soy una persona que ha sobrevivido a su propia muerte. No sólo que ha sobrevivido a una enfermedad sino que ha sobrevivido al pronóstico hecho por un grupo de doctores de que iba a morir. En el hospital nadie se explica cómo ha podido ocurrir esto. Yo lo que no me explico es por qué no me informaron de que existían otras posibilidades, otros mundos terapéuticos que descubrir, otras técnicas y terapias que funcionan y pueden curar el cáncer".

Desde hace un año y 8 meses no hay signos de avance de la enfermedad.

Historia de Francisco Piñol, afectado de cáncer de próstata.

"Yo llevaba años controlándome el P.S.A. (antígeno Prostático específico) -empezaría contándonos Francisco Piñol-. De hecho cada seis meses visitaba al urólogo ya que éste aparecía un tanto alterado, con valores de entre 6 y 8 aproximadamente. Y me preocupaba porque tenía antecedentes familiares: mi padre había muerto de cáncer de próstata. Hasta que el 25 de marzo del 2003 me diagnosticaron, mediante biopsia por punción de ambos lóbulos prostáticos, un adenocarcinoma infiltrante en el lóbulo derecho. El urólogo me aconsejó la operación o unas sesiones de Radioterapia. Y en aquel momento decidí que prefería operarme y no ser irradiado. Sin embargo, una vez tomada la decisión, me empezaron a surgir nuevas dudas. Con lo que decidí no operarme tampoco y buscar otras vías de tratamiento. Tuve que soportar infinidad de presiones, familiares y de amigos, pero yo seguía intuyendo que encontraría otras soluciones. Inicié un proceso de trabajos de relajación y limpieza interior mediante meditaciones y visualizaciones. Además me puse en manos de

expertos en medicina alternativa y complementaria, me realizaron quelaciones y tomé una serie de complementos alimenticios además de mejorar mi alimentación". "En octubre del 2003, siete meses después, volvieron a hacerme todos los controles: gammagrafia ósea, analítica, biopsia, etc. Y cuando fui a buscar los resultados la sorpresa, más para mi urólogo que para mi, fue que había desaparecido el adenocarcinoma".

"En la actualidad sigo comunicándome con mis células mediante meditaciones y visualizaciones, y les doy las gracias por lo bien que se han portado conmigo, por haberme ayudado a superar la enfermedad".

Actualmente no hay ni rastro del cáncer.

Historia de Francisca de Lafuente, afectada de cáncer linfático.

*"En Junio de 1998 detectaron -nos contaría **Francisca de Lafuente**-, a través de una revisión rutinaria, que tenía los leucocitos sumamente alterados. Me repitieron la analítica a los 10 días y vieron que seguían subiendo. Así que me mandaron al oncólogo para que me atendiera con carácter de urgencia. Tras nuevas analíticas, pruebas de contraste y una gammagrafía y una biopsia óseas el diagnóstico fue el de cáncer linfático".*

"Mi sistema inmunitario estaba tan sumamente bajo en aquel momento que consideraron imposible administrarme quimioterapia así que los dos meses siguientes los dedicaron a subirme las defensas. Debo decir que los tres primeros días tras el diagnóstico fueron muy duros pero como siempre he sido una persona fuerte con las enfermedades comprendí que debía tomar parte activa en la curación de mi dolencia. Y como ya tenía práctica en meditación, control mental, el mundo de las energías, etc., me puse manos a la obra dedicando hora y media -tres veces al día- a meditar y visualizar. Creo profundamente que si usamos bien nuestras capacidades mentales podemos llegar a sanarnos a nosotros mismos".

"Empecé pues por buscar la raíz del problema que había producido mi cáncer. Y en poco tiempo lo encontré: era un sentimiento de culpa muy profundo que había arrastrado durante años. Supe en ese momento que tenía ya un 50% ganado. Continué con visualizaciones realizadas a partir de un estado de relajación profunda. Cuando estaba en ese nivel programaba mi mente para que buscara la curación a través de afirmaciones positivas. A continuación me visualizaba debajo de una catarata y veía el agua cristalina mezclada con luz blanca (energía pura), cómo entraba dentro de mi cuerpo a través del chakra corona y cómo se limpiaba toda mi sangre, todos mis órganos... Es decir, visualicé cómo el agua y la luz arrastraban toda la porquería hasta salir por la planta de los pies y desaparecer. Y añadiré que

aunque ahora estoy curada continuó utilizando cada día esa técnica"..
"Bueno, también utilicé -y utilizo- el Reiki que es un sistema de sanación oriental basada en la fuerza del amor a fin de autoadministrarme energía diariamente. Y jamás tuve duda alguna de que todo lo que estaba haciendo me estaba curando. También me trabajé a fondo la aceptación de la enfermedad, la autoestima, el perdón, etc. Bueno, pues al cabo de un mes aproximadamente de hacer eso me efectuaron una analítica y los leucocitos habían dejado de aumentar. Luego, a partir de ese momento, en cada análisis que me efectuaban los leucocitos iban bajando por lo que no me llegaron a administrar ni quimioterapia, ni radioterapia. Hasta que hace aproximadamente dos años las analíticas empezaron a estar dentro de la normalidad. Y así hasta el día de hoy".

"Quiero dejar constancia de que estoy agradecida a la vida por haberme enviado a ese maestro que fue el cáncer ya que a través del mismo pude confirmar las capacidades que tenemos los seres humanos y gracias a ello ahora estoy ayudando con mi vivencia a personas que se encuentran afectadas por la enfermedad".

"En relación con ella quiero añadir que a los tres meses de haberme detectado el cáncer empecé a tener infecciones de riñón (pielonefritis), que me provocaron durante el primer año dos ingresos hospitalarios. Para que el riñón derecho no se dañara me administraban antibióticos diariamente. Me efectuaron todas las pruebas que existen para detectar la causa de las infecciones pero jamás la encontraron (yo, por mi parte, también hacía limpiezas energéticas de mi riñón). Como no encontraron la causa los médicos determinaron que podía ser debido a que mi sangre estaba enferma a causa del cáncer. Estuvieron administrándome ininterrumpidamente antibióticos para prevenir las pielos durante cinco años y cuatro meses. En agosto del 2003 tuve otro ingreso en el hospital porque las infecciones se habían convertido en crónicas. A los quince días del ingreso había hecho resistencia a todos los antibióticos, incluso a los hospitalarios. Llegué a un punto de desesperación tan grande que pedí el alta voluntaria, bajo mi responsabilidad, en contra de lo que opinaba mi doctora ya que ella pensaba que me estaba jugando la vida y así me lo hizo saber".

"Sin embargo, yo lo tenía claro: era mi cuerpo y era mi vida. Así que dejé de tomar antibióticos y fui a ver a una doctora especialista en medicina ortomolecular que empezó a tratarme y me curó. Hasta el día de hoy no he vuelto a tener ni una sola infección más, mis riñones están en perfecto estado y, salvo la revisiones rutinarias del oncólogo, desde hace año y medio no he vuelto a ningún médico ya que mi estado de salud es perfecto".

Hoy no tiene cáncer ni infección alguna.

Historia de Alicia Cardona, afectada de un tumor cerebral.

*"Una mañana, a principios del mes de marzo del año 2003 -nos diría por su parte **Alicia Cardona**-, inicié la jornada con la rutina de cada día. Me levante, preparé el desayuno, vestí a mis dos peques, preparé los artilugios del trabajo... Todo parecía muy normal hasta que empecé a notar un pequeño dolor de cabeza que iba aumentando segundo a segundo. Al punto de que llegó un momento en el que me encontré incapaz de hacer absolutamente nada. El frío se había apoderado de mí. La mitad de mi cuerpo estaba helado, paralizado, y parecía que la cabeza me iba a estallar. Pedí ayuda. Los abuelos se llevaron a los niños y mi hermano me llevó a Urgencias donde me reuní con mi marido. Me pasé el día allí sometida a todo tipo de pruebas: de reflejos, encefalogramas, análisis, un TAC... Mientras, el dolor de cabeza fue disminuyendo y volví a recuperar la movilidad del cuerpo. Todo parecía pues volver a la normalidad. Pero entonces "salió" el resultado del TAC: en mi cerebro se apreciaba una mancha negra. Y se manifestó después una parálisis facial derecha. Así que a la una de la madrugada decidieron ingresarme en la planta de Neurología para intentar establecer un diagnóstico claro. Esa mañana, cercana a la primavera, cambió mi vida".*

"Estuve ingresada mes y medio, y en ese tiempo me di cuenta de cosas que no había descubierto en años. En el hospital conocí a personas valientes y luchadoras, con tremendo coraje y dignidad. Por la noche nos reuníamos todos en el "casinet" -la sala de espera de los familiares- y hablábamos de nuestras cosas tomando un café o un té de máquina. Ese rato de cada noche hacía que la estancia en el hospital fuera más agradable. Guardo un buen recuerdo de esos días pero echaba muchísimo de menos a mis hijos. En fin, el caso es que me hicieron todas las pruebas necesarias: TACs, resonancias, biopsias, spots... Sólo faltaban los resultados y esos fueron tajantes. ¿El diagnóstico? Tenía un glioma de tercer grado no operable en el hipotálamo. Mi reacción fue encerrarme en el lavabo de la habitación y empezar a llorar. No quería salir de allí. No quería ver a nadie. Y una sensación de vergüenza se fue apoderando de mí. Si los médicos tenían razón y mi vida iba a durar tan poco yo no quería vivir, quería morir allí mismo, sin salir del cuarto de baño".

"Pero nada pasa por casualidad. Mi mejor amiga me presentó ese mismo día a dos personas. Una de ellas había pasado por la misma experiencia que yo. Y he de decir que esa mujer fue el principio de mi salvación. Puso una luz al túnel sin salida donde estábamos metidos mis padres, mi hermano, mi marido y yo. Me habló de la lucha, de las ganas de vivir, de la felicidad, del amor. De terapias alternativas, visualización, meditación, energías. Del equilibrio entre el cuerpo y la mente, del poder de la mente. De la no casualidad. De darse cuenta

del porqué del cáncer, de que tenía que luchar contra el cáncer desde el amor..."

"Compatibilicé la medicina convencional con terapias alternativas. Treinta y seis sesiones de radio, ocho de microrradiación cada veintiocho días, quimioterapia... y lo más importante: una visualización cada día. Cerrar los ojos, una playa de arena fina, mar azulado y agua templada. Me imaginaba cómo el sol entraba por mi cabeza (energía pura) y su calor iba haciendo mella en mi, que su poder era tal que el tumor se estaba deshaciendo al igual que un helado. Otras terapias que he utilizado han sido el "Zen y Larga Vida", la meditación, la Cromoterapia -todo ello con una oncóloga que prefirió apostar por la medicina energética- y la más utilizada por mi: el Reiki. El primer año las pruebas indicaban que el tumor no disminuía pero tampoco crecía. El segundo hice visualizaciones de una playa en la cual se producía mi total curación y comprendí que tenía que ir a esa playa y hacer realidad la visualización. En agosto fuimos una semana y allí empezó mi total curación. Durante este tiempo me han ingresado varias veces, unas por la quimio y otras por el propio tumor. He tenido altos y bajos, miedo y euforia, llantos y risas. En noviembre del 2004 me ingresaron con dolores de cabeza y un cansancio absoluto. Diagnóstico del TAC de Urgencias: una gran mancha en el cerebro. Si era un crecimiento del tumor yo no pasaba de dos días; y si era un sangrado era demasiada sangre para reabsorber. Pero fue el momento más claro de mi curación. Cada día me sentía mejor, más fuerte y con unas ganas locas de chillar, de cantar, de expresar mi alegría y de dar las gracias. Salí del hospital el 31 de diciembre del 2004 con dos resultados. El SPET indicaba la total desaparición de la actividad tumoral y la resonancia magnética que aquella mancha oscura era en realidad blanca y tan pequeña que era imposible determinar qué era. Yo creo que la naturaleza me ha dejado esa pequeña'mancha' para que no olvide lo aprendido gracias al cáncer.

A día de hoy el tumor en el tálamo ha desaparecido.

CONCLUSIONES

Podríamos recoger más casos pero el espacio es limitado. Ninguno sería igual, en cualquier caso, porque cada persona es diferente como lo son sus circunstancias psico-socio-emocionales. Quienes han contado aquí sus historias saben que son sólo casos "aislados" pero también son conscientes de que demuestran la existencia de otras maneras de enfrentarse a la enfermedad cuyo conocimiento estaba hasta ahora reducido a círculos íntimos de familiares o amigos. Son testimonios además que dejan en evidencia a quienes osan poner fechas para el desenlace final de sus pacientes fiados en la fría certeza

de la estadística. Por otra parte, sus testimonios no sólo nos hablan de tratamientos alternativos sino de aprender a vencer el miedo, de superar la invitación a esperar la muerte resignados, de aprender a perdonar, de cambiar de forma de vida, de entender que la enfermedad es una maestra, de aguantar la presión de esa gente que cree saber mejor que uno mismo el tratamiento que nos conviene o no seguir y de recuperar, en definitiva, la libertad de elegir cuando es nuestra salud y nuestra vida las que están en juego.

En esta primera etapa la principal y casi única actividad de *CanVi* es una reunión mensual en la que enfermos, ex-enfermos, terapeutas, familiares y amigos comparten sus vivencias y experiencias con el fin de que las personas que padecen cáncer encuentren con mayor facilidad su propio camino de sanación y crecimiento. Reunión que tiene lugar los últimos viernes de cada mes y que está abierta a todo el que, directa o indirectamente, esté afectado por la problemática del cáncer. Más adelante habrá en *CanVi* un espacio de intercambio de información y de vivencias que quizás sólo otros enfermos puedan entender.

Ciertamente atravesamos tiempos nuevos en los que es cada vez más habitual hablar de terapias eficaces desarrolladas por personas que hace sólo unos años eran tachadas de embaucadoras. Hoy cada vez más gente exige ya saber qué otras posibilidades hay de luchar contra el cáncer además de las que se utilizan en los centros hospitalarios. El *cambio -CanVi-* ha llegado porque ya son muchas las personas que, cansadas del silencio y de tener que resignarse a lo que los otros determinan para ellos, han acabado rebelándose contra la doctrina única, contra el pensamiento único que en este país sólo subsiste ya en el mundo de la Sanidad. Especialmente en el ámbito de la Oncología.

Antonio F. Muro

Declaración de principios de *CanVi* (*Cambio*)

- ▶ Cada persona es responsable de su salud.
- ▶ La persona debe ser un agente activo a la hora de afrontar su enfermedad.
- ▶ Entendemos que el ser humano es cuerpo, mente y alma.
- ▶ El enfermo tiene derecho a utilizar toda herramienta posible para mejorar su salud, sea convencional o no.
- ▶ Es fundamental que el enfermo esté bien informado sobre todo tipo de medicinas y métodos de sanación. Queremos facilitar información sobre diversos métodos de sanación: medicina natural, técnicas

energéticas, crecimiento personal, etc., que es difícil obtener a través de los organismos oficiales de salud. Queremos que la persona tenga esa información para poder decidir cómo sanar.

- ▶ No tenemos ningún método especial para curar el cáncer; creemos que cada uno debe encontrar el suyo.
 - ▶ Queremos que la gente sea consciente del poder que hay en su interior, de su potencialidad.
 - ▶ Queremos dar esperanza, siempre.
 - ▶ Nunca iremos en contra de ningún tipo de tratamiento que escoja el enfermo. Se respetará siempre su voluntad.
 - ▶ Creemos que es muy importante ayudar a los familiares porque en muchos casos les cuesta más que al propio enfermo enfrentarse a la problemática del cáncer. Creemos también que es importante explicarles que deben respetar la elección de la terapia que el enfermo ha elegido.
 - ▶ Es muy importante y valioso que enfermos y ex-enfermos compartan sus experiencias. La experiencia de los que ya han pasado y superado el cáncer es de gran ayuda.
 - ▶ Nuestra ONG. no tiene ninguna influencia religiosa, ideológica ni política. Mantenemos el respeto de los puntos de vista de todas las personas y el derecho a la libertad individual.
 - ▶ No se puede relacionar de ninguna manera a CanVi con ninguna secta, religión o grupo espiritual.
 - ▶ No se admitirá de ninguna manera que en la organización se haga proselitismo de ningún tipo de religión, ni ideologías políticas, sectarias, etc.
 - ▶ No estamos vinculados a ninguna empresa ni grupo de interés económico.
 - ▶ Aunque estamos centrados en el cáncer abrimos las puertas a todo tipo de enfermos.
-

Objetivos de CanVi (Cambio)

- ▶ Servir de plataforma de apoyo y ayuda a todas las personas afectadas por la problemática del cáncer.
- ▶ Crear un grupo cada vez mayor de personas afectadas y ex-afectadas que funcione como grupo de apoyo en el que el intercambio de experiencias sirva de motivación y esperanza para los afectados.
- ▶ Facilitar a todas las personas que están afectadas de cáncer la información y las herramientas necesarias para que puedan afrontar la enfermedad de la mejor manera posible.
- ▶ Fomentar el crecimiento personal y espiritual de las personas.
- ▶ Difundir y promover el mensaje de que cáncer no es igual a muerte.

- ▶ Difundir las historias de personas que han sanado su cáncer usando su poder interior, hayan usado el método que hayan usado, desde la medicina



CÁNCER: LAS TERAPIAS CONVENCIONALES HAN FRACASADO

enciCada año mueren de cáncer en España ¡100.000 personas! sólo en los hospitales, es decir, sin contar a quienes se envía a morir a casa. Mariano Barbacid ha llegado a asegurar que uno de cada cuatro españoles fallecerá por causa de esa enfermedad. La Quimioterapia y la Radioterapia han demostrado no sólo ser inútiles -absolutamente ningún fármaco quimioterápico cura el cáncer- sino que se trata de terapias muy peligrosas. De hecho, numerosos expertos afirman ya que la calidad de vida y el grado de supervivencia es mayor entre quienes no se someten a los tratamientos oncológicos. Aunque lo más grave es que hay terapias mucho más eficaces que las oficialmente bendecidas... pero esa información se oculta al ciudadano. Para constatarlo basta leerse -lo publicamos íntegramente, sin cambios- la ponencia de apertura del I Congreso Internacional sobre Tratamientos Complementarios y Alternativos en Cáncer celebrado en Madrid los pasados días 14 y 15 de Mayo, primero de este tipo que se celebra en el mundo y que, sin lugar a dudas, va a marcar un antes y un después en el tratamiento del cáncer.

Bien amigos, la situación actual del cáncer en España -y las cifras pueden extrapolarse al resto del mundo- es ésta: la mitad de la población padecerá la enfermedad. Y de ellos, el 50% morirá. Es decir, uno de cada cuatro españoles fallecerá de cáncer. No lo decimos nosotros, por supuesto; no se trata de una exageración periodística. Quien así lo afirmó hace apenas año y medio fue el director del *Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas* **Mariano Barbacid**, máximo responsable de la investigación oficial sobre esta enfermedad en España.

Obviamente eso no tiene por qué suceder con los aquí presentes porque su asistencia a este congreso les va a permitir acceder a una información que ha estado al alcance de poca gente. Son ustedes

pues, por el simple hecho de estar en este acto, unos afortunados. Lo lamentable y vergonzoso es que esta información no llegue a todo el mundo. Y no llega porque existen gigantescos intereses económicos tras el cáncer. De hecho, comprobarán en breve que la gran mayoría de los medios de comunicación social no va a hacerse eco de este congreso. Y no será porque a los periodistas que trabajan en ellos no les parezca importante el tema sino porque no les dejarán ocuparse de ello las empresas dueñas de los medios en los que trabajan o porque se lo impedirán los guardianes que el sistema oncológico tiene entre los responsables de las secciones de *Salud* de tales medios. En prensa, radio y televisión. Y además intentarán minimizar la importancia de lo que aquí se dice.

¿No lo creen?

Hagamos ucronía. Imaginen que un científico inventa un material -quizás ya exista en realidad- que hace imperecederas las hojas de las maquinillas de afeitar manuales. O imaginen que alguien crea un cepillo de dientes cuyas púas y el mango permanecen inalterados e impecables con el paso de los años. O que alguien inventa una tela para camisas o jerseys que dura eternamente sin sufrir daño alguno. O que se inventa un motor que funciona con agua u otro combustible sin apenas valor por su abundancia. ¿Alguno de ustedes cree que se iba a comercializar? Las empresas fabricantes, por supuesto, estarían dispuestas a comprar de inmediato tales inventos al precio que fuera... pero no para comercializarlos sino para encerrarlos bajo llave y que jamás se usen. Porque el negocio verdaderamente rentable consiste en vender un producto una y otra vez... de manera indefinida.

Bueno, pues exactamente lo mismo ocurre en el ámbito de la salud. A la gran industria farmacéutica que controla los sistemas sanitarios de todo el mundo no les interesan los productos curativos. Y cuando se entera de que existe alguno se plantea de inmediato comprarlo... para evitar que se comercialice. Algo que a veces no consiguen pero entonces utilizan todas sus influencias y resortes para que el producto no se apruebe legalmente. Y cuando eso no es posible se desprestigia para que no se crea en él. Eso es lo que ha pasado -y pasa- con algunos productos. Son los casos del conocido *Bio-Bac* y del *Ukrain*. En otras ocasiones, sin embargo, se permite que se hable de ellos. Y que salgan a la calle. Es una estrategia que permite usar ese hecho como argumento para negar lo antes denunciado. Sólo que luego se ponen todo tipo de impedimentos o se dificulta su conocimiento entre el público. Y, por supuesto, a los profesionales sanitarios -médicos y oncólogos- se les hace creer que su eficacia es mucho menor de la real. Algunos de los productos de los que va a hablarse en este congreso pueden encuadrarse en ese ámbito de actuación.

Y ustedes dirán: bueno, los productos quimioterápicos actuales y la

radioterapia consiguen muy buenos resultados. Los medios de comunicación dan últimamente a menudo esperanzadoras noticias sobre los avances científicos en la investigación sobre cáncer. Y los resultados actuales con ellos son excelentes. Mucho mejores que hace unos años. Lo repiten con frecuencia los representantes de los grandes laboratorios y las autoridades médicas y sanitarias.

¿O no?

Bueno, pues no. En la curación del cáncer no se ha avanzado prácticamente nada en las últimas décadas. Las frías cifras de muerte por cáncer publicadas anualmente por el *Instituto Nacional de Estadística (INE)* y que ustedes pueden consultar en Internet son contundentes. En las últimas décadas, a pesar de la propaganda de las farmacéuticas sobre los estupendos porcentajes de curación obtenidos en los distintos "tipos de cáncer", el número de fallecidos por esa enfermedad no ha dejado de aumentar en todo el mundo, incluido nuestro país. Cada año mueren más españoles de cáncer que el anterior. Indefectiblemente. Luego los porcentajes de curación alegados son falsos. Algo que es posible porque -iasómbrense!- no existen en España -ni en los demás países del mundo- estadísticas fiables de las curaciones. La razón es simple: los oncólogos sólo siguen el estado de los enfermos de cáncer durante cinco años. A partir de ahí todo superviviente pasa a engrosar la estadística de "curaciones clínicas." Aunque se muera al día siguiente. A los cinco años y un día. Esa persona, fallecida un día después -o un mes o tres años, no importa- estadísticamente está "clínicamente curado". Una falacia que es posible porque el sistema se ha encargado de que nadie controle a partir de entonces a esos pacientes. Nadie sigue su evolución. No interesa. La mentira se descubriría de inmediato.

Obviamente, hubo investigadores que se dieron cuenta y lo denunciaron. Sus libros están ahí...sólo que nadie los lee. La gran industria se ha ocupado de que no se hable de ellos para que no se conozcan. Es, por ejemplo, el caso del cirujano alemán **Werner E. Loecke** quien hace ya varios años denunció toda esta manipulación en su libro *Krebs-Alarm*. Según él, la explicación a los aparentes éxitos de algunos fármacos es sencilla: los manipuladores de las estadísticas "*corrieron hacia delante los límites de los estadios clásicos del cáncer*" Dicho de otra forma, lo que hoy día se diagnostica como "estadio I" de la enfermedad -un cáncer en su fase inicial- no se podía siquiera descubrir años antes. En esa época todas las personas enfermas con "tumores malignos" pero indetectables se consideraban sanas. Y, obviamente, si a uno se le detecta el cáncer mucho antes, cuando el tumor es aún diminuto, las posibilidades de superar los cinco años de sobrevivencia -la barrera mágica de los oncólogos que permite alardear de que los tratamientos ortodoxos sirven para algo- son

mucho mayores. Es evidente que no es lo mismo superar ese lustro cuando se detecta el tumor teniendo ya dos o tres centímetros que cuando se detecta cuando sólo tiene dos o tres milímetros. Se gana un tiempo precioso... para que el enfermo engorde la estadística de pacientes de cáncer tratados y "curados clínicamente".

¿Se entiende ahora por qué es tan "importante" un diagnóstico precoz? Pues es simple: no lo es porque eso implique que el paciente tenga más probabilidades de curarse. Cuando no se sabe cómo curar un cáncer el hecho de que se empiece a tratar al enfermo cuando el tumor tiene tres milímetros o tres centímetros es indiferente. El enfermo se morirá de todas formas. Pero para los manipuladores de estadísticas no es lo mismo presumir de que la persona ha vivido más de cinco años que reconocer que se les muere a los dos. Así que es importante concienciar a la gente de la importancia del diagnóstico precoz. Eso les permite a las empresas "mejorar" o "maquillar" los presuntos resultados obtenidos. Especialmente porque se puede incluir a todos los casos dudosos en el porcentaje de cánceres "estadio I" y cuando se comprueba que el cáncer no se desarrolla... incluirlos entre los casos de cáncer curados. Aunque en muchas ocasiones no hayan tenido en realidad cáncer. La verdad es que el diagnóstico precoz sólo es útil cuando se trata de un tumor aislado que se puede extirpar sin que se haya extendido por la zona adyacente. En suma, con el diagnóstico precoz no se consigue una sola curación real pero sí virtual: se engorda la cifra de personas que sobreviven cinco años. Es decir, de los que los oncólogos llaman "curaciones". Que no son tales aunque saben que les basta no mencionar la expresión "clínica" -siempre se puede alegar que se daba por sobreentendido- para que los profanos -especialmente los periodistas y los políticos, dos especies mucho más fáciles de engañar de lo que parece- se crean que se está hablando de curaciones reales, es decir, de la desaparición del cáncer. Lo que no ocurre más que en porcentajes pequeñísimos.

Esto agrava la falta de ética que supone dar a los enfermos fármacos cuando se sabe de ellos que no sólo no curan el cáncer sino que encima provocan graves daños en el organismo. Hoy puede afirmarse con rotundidad que la mayoría de los fármacos legalmente aprobados y que, para mayor escarnio, sufraga el estado no sólo no ayudan al enfermo a sanar o a detener el avance de la enfermedad sino que le hacen además empeorar. Hasta el punto de que hoy día cada vez más médicos -oncólogos incluidos- empiezan a darse cuenta de que sobreviven más años y con mejor calidad de vida los pacientes que no se someten a ningún tratamiento que quienes reciben tratamientos quimioterápicos o radioterápicos. Y esto ya es de una gravedad extrema.

La gran industria intenta a pesar de todo vendernos la especie de que

sí hay resultados, de que hay numerosas curaciones "reales". Y lo hace asegurando que la razón de que el número de muertos por cáncer aumente año tras año desde hace décadas se debe a que la masa de población ha aumentado y además vivimos más años. Por supuesto, mienten de nuevo. ¿O es que alguien se cree que en los últimos 50 años la expectativa del ser humano ha cambiado sustancialmente? ¡Es prácticamente la misma! Y en cuanto a la falacia de que la razón se debe al aumento de población... las propias cifras del *Instituto Nacional de Estadística (INE)* echan abajo ese argumento. Basta atender a un sólo parámetro: la tasa de mortalidad por cada cien mil habitantes. Ésa no engaña sobre ese punto. Y resulta que el porcentaje de muertes a causa del cáncer por cada cien mil habitantes iha aumentado entre 1991 y 2003 un 20%!

Es más, las frías cifras indican que en España, en 1980, de cada 4 personas que murieron por enfermedad una falleció por cáncer. En el 2000, sin embargo, esa proporción había aumentado de manera que ya entonces, hace cinco años, los fallecidos por cáncer eran uno de cada tres.

Y añadiremos que si en general en todos los países las cosas van mal, el último estudio realizado sobre la situación del cáncer en Europa y publicado hace sólo unas semanas en *Annals of Oncology* reflejaba una especial preocupación por el hecho de que en España y Portugal no se aprecian tendencias descendentes en la muerte por los cánceres más comunes. Según datos del año 2003 publicados por esa revista las muertes por cáncer en España han aumentado iun 41% en 15 años! Un incremento superior ien 30 puntos! a la media de la Unión Europea en ese período. Claro que en el ámbito oncológico España no es sino el furgón de cola de un sistema que encabeza Estados Unidos. Y allí las cosas no están mucho mejor.

¿Puede extrañarle a alguien, ante todo esto, que **James Watson** -premio Nobel de Medicina en 1962, codescubridor de la doble hélice del ADN y durante dos años miembro del *Comité Asesor Nacional sobre Cáncer* de Estados Unidos-, al serle recabada su opinión sobre el Programa Nacional contra el Cáncer, respondiera rápidamente i"Es una mierda!".

Pero sigamos. ¿Saben ustedes cuántas personas enferman en España de cáncer cada año? No se sabe. ¿Cuántas mueren realmente por esa causa? No se sabe. ¿Cuántas fallecen antes de haber transcurrido un año de habérselas descubierto el cáncer? No se sabe. ¿Cuántas sobreviven dos, tres, cuatro, cinco años o más a los tratamientos? No se sabe. ¿Cuál es la eficacia real de los tratamientos, especialmente de los nuevos antitumorales? No se sabe. Pero, bueno, -imaginamos que se preguntarán ustedes-, ¿es que no hay estadísticas a nivel nacional sobre el cáncer? Y la respuesta es NO. ¿Y por qué? Pues porque no

interesa. Porque contra las frías cifras no se puede hacer nada, no se pueden difundir mentiras interesadas una y otra vez. El Ministerio de Sanidad y Consumo no tiene datos. La *Asociación Española contra el Cáncer* y la *Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer* tampoco. Los grandes laboratorios de investigación de fármacos para combatir la "enfermedad", mucho menos. No hay datos fiables de nada. Sólo se controlan ocho o nueve hospitales y luego se extrapolan sus resultados a nivel nacional. El único organismo que tiene datos reales concretos y medianamente fiables en España es el *Instituto Nacional de Estadística* y se refieren sólo a la morbilidad hospitalaria. Es decir, lo único que de verdad se sabe es cuántas personas mueren en los hospitales a causa del cáncer. Están a disposición de quien quiera consultarlos en Internet. Y esos datos indican que cada año mueren en los hospitales unas 380.000 personas de las que casi 100.000 fallecen a causa de tumores cancerígenos (es decir, icomo si hubiera 520 atentados terroristas como el del 11 M... cada año!). Una cifra mareante que, encima, no refleja la realidad porque buena parte de los enfermos terminales son enviados a morir a sus casas por los oncólogos "*cuando ya no pueden hacer nada por ellos*".

En suma, ¿cuántas personas mueren de verdad de cáncer en España si sólo en los hospitales fallecen casi cien mil al año? ¿Un 50% más? ¿El doble? No se sabe. Pero eso sí, se ha avanzado muchísimo en la investigación y tratamiento del cáncer....

Actualmente hay tres vías con las que la Medicina convencional afronta el problema del cáncer: la Cirugía, la Quimioterapia y la Radioterapia. En lo que se refiere a la cirugía es cierto que cuando un tumor es muy pequeño y se extirpa antes de que se extienda, cuando aún está aislado, en la fase inicial, hay cierto grado de éxito. Pero incluso en casos incipientes, sin metástasis, la cirugía sola no es suficiente -según datos del *Manual Merck*- en el 63% de los casos de cáncer de pulmón, en el 35% de los cánceres de boca, testículo, riñón, vejiga, colon, mama, útero, próstata, ovarios y laringe. En cambio, es eficaz en el 94% de los casos de cuello uterino.

En cuanto a la Radioterapia los oncólogos reconocen que los resultados son muy escasos. Es ineficaz en un alto porcentaje de cánceres. Según el *Manual Merck* la radioterapia sola no es aceptable más que en casos de cáncer iniciales de testículos, en la llamada Enfermedad de Hodgkin, en los linfomas no hodgkinianos y en los cánceres de próstata (entre el 67 y el 90% de los mismos).

Y en cuanto a la Quimioterapia el mismo manual indica que, por sí sola, tiene cierto éxito en los casos iniciales de coriocarcinomas, cáncer de testículos -excepto seminomas-, la enfermedad de Hodking, el linfoma de Burkitt y el linfoma linfoblástico.

¿Y el resultado de combinar las tres terapias, es decir, cirugía-

radioterapia, cirugía-quimioterapia, radioterapia-quimioterapia y cirugía-radioterapia-quimioterapia? Pues hay que decir que no se logran resultados mucho mejores en la mayor parte de los casos comentados aunque sí ayuda en otros cánceres no mencionados como los de endometrio, estómago, riñón -tumor de Wilms-, sarcoma de Ewing y meduloblastomas.

Ahora bien, estamos hablando de los resultados que se obtienen en las fases iniciales de desarrollo del cáncer. Y hablamos de supervivencia, no de curación real del cáncer, de su desaparición. Porque cuando el tumor es grande o se ha extendido los resultados son muy otros. En tales ocasiones incluso los porcentajes de "curación clínica" -es decir, supervivencia de 5 años sin que se manifieste de nuevo el cáncer- son **muy bajos**.

Y no perdamos de vista otra cosa: la Radioterapia y la Quimioterapia tienen gravísimos efectos secundarios. Estos varían mucho de un paciente a otro pero las náuseas, los vómitos, la fatiga intensa, la caída del pelo y la pérdida de glóbulos en sangre son los más frecuentes. Al menos tres de cada cuatro pacientes padecerá además anemia severa con la consecuente debilidad, somnolencia, dolor de cabeza, fatiga constante, falta de aire y palpitaciones aunque no necesariamente se presenten a la vez todos los síntomas descritos. Y también bajan los glóbulos blancos ya que resulta afectada la médula ósea y disminuyen las plaquetas. Es más, ambas terapias provocan inflamación e incluso úlceras en las membranas mucosas así como en la boca y la garganta. Pueden asimismo irritar y dañar las venas inutilizándolas temporal o permanentemente. O provocar una flebitis. Y, por supuesto, si se trata de una embarazada provocar serias malformaciones en el feto; de hecho, lo normal es que nazca muerto. Y es que el organismo se intoxica gravemente con la quimioterapia, muchas veces de forma irremediable. Con lo que se da la paradoja de que al enfermo le puede desaparecer su tumor... pero se muere algún tiempo después porque el organismo le falla al estar envenenado. Eso sí, a nivel estadístico esa persona no habrá ya muerto de cáncer sino de otra cosa. ¡Hay que proteger las estadísticas! Con lo que muchas veces esa persona figura entre los enfermos "libres de cáncer"... a pesar de que ha muerto. Aunque lo más sangrante y que nadie comenta es que tanto la Radioterapia como la Quimioterapia, que se utilizan para combatir el cáncer, pueden a su vez provocar cáncer. Un sarcasmo.

Llegados a este punto no podemos dejar ya de denunciar públicamente, de forma clara y rotunda, que el problema del cáncer está siendo manipulado de forma vergonzosa. En ningún lugar de Occidente se está atendiendo a consideraciones sanitarias sino políticas. Hay una orden no escrita que hace que las autoridades de

todo el mundo intenten minimizar el problema ocultando la verdad. Por eso no se hacen estadísticas oficiales y constatables de los índices de supervivencia en los tratamientos convencionales. Los "éxitos" que con la cirugía, la Quimioterapia y la Radioterapia se supone que se obtienen los aportan quienes fabrican los aparatos de radioterapia, los laboratorios que desarrollan los fármacos y, en el mejor de los casos, los oncólogos que practican ambas técnicas terapéuticas. De la credibilidad de los fabricantes y laboratorios no hay mucho que explicar porque de vez en cuando la propia FDA norteamericana, harta probablemente de tanta mentira, les tiene que reconvenir. Hoy hasta la fiabilidad de los ensayos clínicos está ampliamente cuestionada. Muchos no se efectúan a doble ciego. Y buena parte no los controlan equipos independientes. Es más, ni siquiera los oncólogos que los dirigen tienen muchas veces acceso a los datos completos para corroborar la eficacia de lo que hacen por lo que, cuando su fracaso es alto, terminan pensando que han tenido la mala suerte de que a ellos les llegan casos muy difíciles pero como a otros compañeros les va mejor -eso dicen las estadísticas- lo que tienen que hacer es no desesperar.

Sin embargo, los escasísimos datos fiables que existen son tozudos. Según el Instituto Nacional de Estadística muere hoy casi en España el doble de personas por tumores que hace dos décadas. En 1980 fallecieron de cáncer, sólo en los hospitales españoles, 58.431 personas. En 1985 -cinco años después- fueron 68.779. En 1990, 79.609. En 1995 se llegó a 89.493. Y en 1999, 94.566. Hoy alcanzamos casi las 100.000 muertes anuales. Lo que supone el 25% de todas las muertes habidas en hospitales. Siendo los índices de mortandad más altos en los casos de cánceres de *tráquea, bronquios y pulmón* -en primer lugar- y los de *colon* (la mitad de casos que los anteriores). Les siguen a poca distancia los cánceres "*mal definidos, secundarios y no especificados*" y los de *estómago, mama, próstata, hígado, tejido linfático, vejiga y páncreas*. Es decir, que el número más alto de fallecimientos se da entre buena parte de quienes padecen los tipos de cáncer que se supone mejor resultado tienen con Quimioterapia y Radioterapia.

¿Alguien lo entiende?

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó recientemente su *Informe Mundial del Cáncer* y en él ya se reconoce esperar que los casos de cáncer aumenten un 50% y pasen de los 10 millones de casos registrados en todo el mundo en el 2000 a 15 millones en el 2020. Y eso que durante los últimos 20 años el mundo se ha gastado en investigación del cáncer cerca de 15.000 millones de euros (idos billones y medio de las antiguas pesetas!).

¿No va siendo hora de que los oncólogos empiecen a replantearse si lo

que creen saber del cáncer tiene fundamento, si no estarán equivocados?

En febrero del 2003 publicamos en **Discovery DSALUD** una entrevista con la doctora **Ghislaine Lanctôt**, autora del *best seller mundial "La mafia médica"*, en la que ésta denunciaba abierta y valientemente la corrupción del actual sistema sanitario, *"permitida y amparada por médicos y gobiernos en beneficio de las grandes empresas farmacéuticas"*. Pues bien, hace ya muchos años se publicó otra obra esclarecedora que tenía un título similar: *La mafia del cáncer*. Escrito por **Christian Bachmann**, un periodista alemán de investigación, el libro, riguroso y perfectamente documentado, constituye una denuncia brutal -e inatacable- de la práctica oncológica vigente. Un documento cuyo contenido, a pesar de haber transcurrido varios años, sigue estando de plena actualidad. En él se revela un informe del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos elaborado en 1979 que reconoce que *"en el lapso de los últimos 23 años la barrera de los 5 años de sobrevivencia para todos los tipos de cáncer sólo ha mejorado en un 2%. Y precisamente en los tipos más comunes y frecuentes de cáncer las gráficas que indican la sobrevivencia están totalmente inmóviles desde hace decenios. El 'New England Journal of Medicine' reconoce que desde 1955 la cifra de curación en pacientes con 'cáncer de mama' ha permanecido prácticamente constante. Y en el cáncer de estómago y de intestino grueso hay una ausencia total de éxito desde hace 40 años. Un reconocimiento público -añade- que fue mal muy recibido por el alto mundo especializado."*

Bachmann explica luego que la práctica totalidad de los medios de comunicación suelen participar *"con celo y esmero"* en las *"campañas de encubrimiento"* de la verdad. Y agrega que por eso, por ejemplo, *"las grandes y calificadas revistas norteamericanas lograron acallar durante años las palabras del investigador **Hardin B. Jones**, cuyos trabajos mostraban al desnudo las escandalosas irregularidades que se cometían en las estadísticas del cáncer a fin de maquillar los resultados de los ineficaces tratamientos"* de hoy.

Jones -entonces profesor de la Universidad de California- denunció en un seminario celebrado en 1975 ante numerosos periodistas especializados de todo el mundo lo que había descubierto. Según explicó, en las investigaciones para comprobar la eficacia de los fármacos muchos pacientes desahuciados eran colocados en el grupo "testigo" -es decir, en el de aquellos pacientes a los que sólo se les da un placebo y no el tratamiento que se va a probar- con lo que el índice de supervivencia de ese "grupo de control" resultó ser muy bajo. En cambio, en el grupo de personas a las que se iba a administrar el tratamiento no sólo no había nadie desahuciado sino que se incluía en él a quienes tenían ya de por sí mayores posibilidades de sobrevivir. Y,

encima, a los enfermos de este segundo grupo que fallecían tempranamente se les excluía del estudio -una vez empezado- para que no se contabilizaran sus muertes con la excusa de que no habían sido tratados "durante el tiempo suficiente" con el tratamiento para ser tenidos en cuenta. En suma, se favorecía desde el principio *"de forma engañosa e indecente"* al grupo de pacientes asistidos con el producto o tratamiento que se estaba estudiando.

Jones denunció además que desde 1940, debido a la nueva "definición científica" de lo que se consideraba "cáncer", se estaban clasificando como tales tumores de dudosa malignidad. Y aseguró que fue a partir de ese momento cuando creció rápida y espectacularmente la cifra de "curaciones de cáncer". Explicó luego que había comprobado cómo la cifra de "curaciones" conseguida se correspondía precisamente, en todos los estudios revisados, con el porcentaje de "diagnósticos dudosos". En otras palabras: muchos de los que presuntamente se curaban de cáncer... no habían tenido probablemente jamás esa enfermedad.

Pero Jones fue aún mucho más allá. Porque resulta que, una vez corregidas esas "irregularidades" en las estadísticas estudiadas, llegó a la conclusión -como antes adelantamos- de que *"la expectativa de vida de los pacientes con cáncer que no fueron tratados parece ser mayor y mejor que la de los que se someten a tratamiento"*. En suma, según Jones los tratamientos oficiales para el cáncer no sólo no ayudan sino que son peligrosos. O, dicho de otra manera: los enfermos de cáncer que no se someten a ningún tratamiento convencional viven más tiempo y con más calidad de vida que quienes se someten a ellos.

¿Y que pasó con tan increíble revelación? El periodista científico **Gary Nuil** lo resumió en su momento: *"Sólo dos de los centenares de periodistas que asistieron al simposio lograron que tan asombrosa información fuese publicada"*. Un silencio que se mantuvo en los años siguientes a pesar de que Jones demostró entre 1975 y 1978 -con mayor lujo aún de detalles- que se había utilizado esa misma argucia en otros trabajos. Todos sus hallazgos fueron silenciados sistemáticamente por los medios de comunicación. Hardin B. Jones murió en 1978.

Sin comentarios.

Evidentemente, a muchos oncólogos les da hoy ya tanta vergüenza esa manipulación tan descarada de la realidad que empiezan a negarse a hablar de "curación" y utilizan ya sólo el término "sobrevivencia". Estamos seguros de que a muchos de ustedes lo que les estamos contando les parecerá increíble. Es más, estamos persuadidos de que buena parte pensará que un cáncer debe ser algo fácilmente reconocible, especialmente a simple vista. Si no cuando un tumor es pequeño, sí al menos cuando ya está extendido; cuando, por ejemplo,

hay metástasis generalizada. Bueno, pues no es verdad. Basta para demostrarlo llevar una misma muestra a varios patólogos para que la examinen y hagan una biopsia. Se comprobará que, con mucha frecuencia, se dan diagnósticos diferentes. Que en unos casos se diagnosticará el tejido como canceroso y en otras el resultado será negativo.

Y es que la creencia de que se puede saber si una célula es cancerosa o no viendo simplemente su comportamiento bajo el microscopio es falsa. El método del extendido celular de Papanicolaou, por ejemplo, tan practicado durante años (con un porta-algodón se toman células superficiales del cuello de la matriz y se mandan al laboratorio para su examen) tiene un porcentaje de error bastante alto. Y como los patólogos, en sus diagnósticos, van "sobre seguro", el número de pacientes que entran a formar parte de la estadística con el diagnóstico de vegetaciones malignas cuando en realidad son benignas es igualmente alto. Además, luego pasan a engrosar la lista de "pacientes curados". Y total, sólo hay que hacerle a la mujer una histerectomía y quitarle el útero. A fin de cuentas -argumentan muchos médicos-, a ciertas edades, ¿para qué lo quiere una mujer si ya no va a tener hijos? Y es mejor prevenir...

Bachmann, muy crítico con lo que sucede, comenta a este respecto en su libro: *"(...) Es evidente que cada día se hacen más histerectomías innecesarias. La mayoría se hacen para mantener ocupados a los cirujanos y formar nuevos. Como la frecuencia del cáncer de matriz está disminuyendo, las grandes clínicas se quedan sin trabajo y como 'eso no puede ser', los hallazgos ginecológicos insignificantes se elevan a la categoría de casos quirúrgicos. Según una investigación norteamericana, la extirpación de la matriz se hace 3 veces más cuando los cirujanos cobran por cada operación que hacen. El salario fijo los vuelve reposados y conservadores."*

Bachmann añade más adelante: *"Puede que el lego se deje impresionar por las grandes diferencias entre los años de sobrevivencia de cánceres descubiertos tempranamente y los diagnosticados tardíamente. El pobre no se da cuenta de que lo tienen sometido a un trío de barata prestidigitación pues le están comparando partidas que no pueden compararse. Junto a **Loeckle** cayeron, además, en la cuenta de este error fundamental **Kothari** y **Wetha**, especialistas del cáncer del Medical College de Bombay. "Comparables" son los años de sobrevivencia de pacientes con los mismos estadios de cáncer pero con diferente tratamiento. La "tasa de curaciones" real sería, exactamente definido, el número de pacientes tratados que aún esté vivo después de 5 años menos el número de pacientes que aún está con vida sin haber recibido tratamiento alguno para su cáncer."* Y todo esto en el caso de que realmente pudieran

compararse los casos elegidos entre los dos grupos, algo harto difícil de conseguir por no decir imposible, por lo que en la práctica hay que darse por satisfecho con la comparación de pacientes que en edad, sexo y estadio del tumor se asemejen lo más posible.

A esas reflexiones cabe añadir otras. Porque habría que saber también cuántos falsos positivos, es decir, personas que han sido tratadas de cáncer sin tenerlo, se incluyen entre los porcentajes de "curación clínica". Y habría que plantearse a cuántas personas los fármacos les han acortado la vida en lugar de alargársela habiendo además convertido en un infierno sus últimos meses.

El conocido epidemiólogo alemán **Dieter Hoelzel** -del *Centro Clínico* de la Universidad de Munich- afirmó con rotundidad hace sólo unos meses que en los últimos 25 años no ha habido *"ningún progreso"* en la supervivencia de cáncer metastático de colon, pecho, pulmón y próstata, causantes del 80% de las muertes por esta enfermedad en los países desarrollados. Las proporciones de supervivencia -aseguró- NO HAN MEJORADO durante las últimas décadas. Los pacientes de hoy mueren de cáncer tan rápido como lo hacían los enfermos de hace 25 años.

En 1990 el Dr. **Ulrich Abel**, experto en Bioestadística Oncológica, publicó una de las obras más críticas con los tratamientos oficiales del cáncer. La revisó en 1995 y nos confirmó sus conclusiones antes de la publicación de un reportaje sobre la Quimioterapia que sacamos en Discovery DSALUD hace dos años. Abel escribió lo siguiente: *"No hay evidencia, para la gran mayoría de los casos de cáncer, de que el tratamiento con estos fármacos produzca resultados positivos en los pacientes con enfermedad avanzada, sea en expectativas de vida o en calidad de vida. La casi dogmática creencia en la eficacia de la Quimioterapia se basa con frecuencia en conclusiones falsas extraídas de datos inapropiados"*.

Créannos. Podríamos estar aquí citando durante los dos días del congreso opiniones parecidas sobre los tratamientos oncológicos actuales y su falta de resultados. Pero nadie quiere escuchar. Especialmente la mayoría de los oncólogos. Aunque no todos, es verdad. De hecho, algunos ya se han rebelado. Se sorprenderían ustedes del número de oncólogos que está hoy en contacto con la revista. Y más si les oyeran manifestarnos que están de acuerdo con nuestras denuncias pero no son libres para actuar. Oncólogos que gracias a su cambio de actitud han aprendido a escuchar a sus pacientes y éstos les han recompensado siendo sinceros con ellos. Por ejemplo, confesándoles que junto a los tratamientos que les mandaban... seguían paralelamente otros tratamientos. Algo que nos consta hace hoy la inmensa mayoría... pero se lo ocultan a sus oncólogos. Incluso los que están sometidos a control en protocolos de

investigación con lo que los resultados de los estudios están contaminados. Algo que nosotros sabemos desde hace años. Podemos asegurarles que no son menos de tres centenares los enfermos de cáncer que en los últimos seis años, en contacto con la revista, nos han confesado seguir tratamientos complementarios a los que les mandaban sus oncólogos y todos, sin excepción, afirmaban no habérselo dicho a sus médicos. Todos. Y nos decían que no se lo confesaban por temor a su reacción -especialmente entre quienes habían aceptado someterse a algún protocolo para probar un producto experimental- y porque creían que ello podría llevarles a quedarse sin atender en lo que de verdad entienden fundamental: las carísimas pruebas diagnósticas.

Pueden ustedes imaginar la gravedad de este hecho. Nosotros se lo hemos querido hacer entender a quienes nos llamaban pero sin demasiado éxito. Porque si ese doble tratamiento se produce hoy de forma mayoritaria la fiabilidad de los ensayos clínicos está por completo en entredicho.

Y por cierto, un reciente estudio publicado sobre el uso de terapias alternativas en cáncer ha terminado con el mito de que quienes recurren a ellas son pobre gente engañada. El informe dice todo lo contrario: el perfil medio es el de mujer joven con nivel educativo muy alto.

En suma, cuando uno es consciente de que la vida de un paciente está en sus manos y sabe que las terapias que conoce no funcionan debe tener la humildad de reconocerlo y buscar donde sea conocimientos nuevos... aunque sea al margen del sistema. Porque es el sistema actual, montado en torno a lo que muchos ya definen como *"el negocio del cáncer"*, el responsable de la actual situación. Y por eso hoy, como periodistas informados, nos vemos en la obligación de denunciar ese entramado económico del que unos son culpables por negligencia y otros por ignorancia.

- ▶ Un sistema que, como hemos, visto no cura.
- ▶ Un sistema que trabaja con animales en modelos de investigación básica que no está demostrado que sirvan para el hombre.
- ▶ Un sistema que prefiere buscar nuevas formas de destrozar un tumor -que no mata- pero invierte muy poco en estudiar las metástasis.
- ▶ Un sistema que privilegia investigaciones sobre productos de escasos efectos pero alto rendimiento económico.
- ▶ Un sistema que defiende grandes ensayos clínicos multicéntricos de enorme coste sólo soportable por grandes corporaciones pero con pocos beneficios en expectativas de vida.
- ▶ Un sistema que rechaza con argucias legales, administrativas y judiciales toda posibilidad de buscar soluciones alternativas al margen

de los grandes intereses económicos que han acabado, ante la inoperancia de los poderes públicos, por monopolizar la investigación privada.

► Un sistema que hasta utiliza a los jueces para que validen las teorías oficiales como las únicas aceptables a pesar de sus escasísimos resultados y persigue, y hasta intenta encarcelar, a quienes se atreven a disentir.

Y no son afirmaciones gratuitas. Según *PubliMed* -el banco de datos médico más importante de Internet-, en los últimos años se han publicado MAS DE MILLÓN Y MEDIO DE ESTUDIOS sobre el cáncer. Sólo que, como en su día denunció la revista *Fortune*, la mayor parte de los fondos se han destinado a investigaciones que enfocan su trabajo en mecanismos muy específicos, genéticos o moleculares, del interior de la célula cancerosa o en la reacción de sustancias en tejidos "in vitro".

Hoy los científicos creen conocer casi todos los pasos bioquímicos que una célula sana utiliza para multiplicarse y programar su muerte en el momento correcto. Saben incluso -o dicen que saben- cómo esos mismos mecanismos van cambiando en una célula cancerosa. Pero miles de millones de euros después *isiguen sin saber como tratar el cáncer porque se empeñan en enfocar la enfermedad desde puntos de vista cada vez más reduccionistas!*

Si un investigador realiza un trabajo en el que demuestra que un ligero cambio en un gen tiene un efecto significativo en el tumor de un ratón el trabajo tiene muchas posibilidades de publicarse en alguna "prestigiosa" revista. Así se consigue la reputación y el dinero. Por el contrario, los científicos que piensan holísticamente sobre el cáncer y no se centran en combatir los tumores así como quienes proponen perspectivas completamente nuevas sobre su etiología y tratamiento no pueden acceder a los fondos de investigación.

Es verdad que la metástasis es un mecanismo que involucra docenas de procesos y es duro hacer réplicas experimentales cuando hay tantas variables pero es ÉSE el tipo de investigación que necesitamos. En cambio, los investigadores optan por experimentos más sencillos que generen resultados reproducibles porque así se aseguran nuevos fondos y contribuyen al desarrollo de nuevos fármacos. Aunque sólo sirvan para tratar de reducir el tamaño del tumor y no para curar un cáncer. Según *PubliMed* se han publicado ya 150.855 estudios experimentales en ratones. ¿Y cuántos de ellos han aportado algo realmente eficaz en las terapias contra el cáncer? Muy pocos, por no decir sin más que ninguno.

Y es que aunque parezca increíble nadie parece darse cuenta de que el gen de un ratón puede ser muy similar al gen de un humano pero el "resto del ratón" es muy diferente; y, desde luego, carecen de nuestra

compleja vida social y emocional (bueno, aparentemente al menos). Resumiendo el pensamiento de otros muchos, citaremos a **Homer Pearce**, cuya opinión tiene especial significado por haber trabajado como director de Investigación del Cáncer e Investigación Clínica en uno de los principales laboratorios a nivel mundial. Para él, los modelos de ratón -y cito sus palabras textualmente- *"son tristemente inadecuados para determinar si una droga funcionará en humanos. Si usted mira a los millones y millones y millones de ratones que se han curado de cánceres inducidos y analiza el éxito relativo -o la falta de él- que hemos logrado clínicamente en el tratamiento de enfermedades metastásicas comprenderá que, definitivamente, hay algo que NO funciona en el modelo"*.

Robert Weinberg, ganador de la Medalla Nacional de Ciencias, fue aún más contundente afirmando que el modelo preclínico de cáncer humano en gran parte *"apesta"*. Barbacid ha sido desde luego más sutil y se ha limitado a reconocer que la mayoría de los fármacos de los que disponen los médicos hoy para tratar a los pacientes son "prehistóricos" y apuesta por nuevos modelos más "predictivos". Con lo que además de escoger mal el modelo sigue escogiendo mal el objetivo. Barbacid -y con él la mayoría de los oncólogos- sigue pensando en que para vencer al cáncer hay que atacar el tumor... como si reducir su tamaño o retrasar su crecimiento supusiera la curación del cáncer. CUANDO ESO NO ES ASÍ... Y SE SABE.

Es más, muchas veces, en ese intento de atacar, de reducir el tumor a través de la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia se provoca la metástasis... que es la que realmente mata. Por eso llama la atención el escaso esfuerzo inversor en su investigación. De los fondos concedidos por el *Instituto Nacional del Cáncer* de Estados Unidos desde 1972 MENOS del 0.5% de las propuestas subvencionadas estaban enfocadas a saber algo más sobre las metástasis. De casi 8.900 propuestas aprobadas en el 2002 para la obtención de fondos, el 92% ni siquiera menciona la palabra metástasis. Y ese es el principal problema: no buscamos donde más se necesita. ¿Por qué? Porque ese tipo de investigaciones es más complicado, da más trabajo, dura más tiempo y cuesta mucho más sin beneficios a corto plazo.

Aunque donde el sistema enseña su peor cara es en los ensayos clínicos con pacientes, herramienta fundamental para aprobar nuevas terapias o medicamentos y en los que, desde luego, no parece tener mucha esperanza tampoco Barbacid, cuando augura "el fracaso" para la mayoría de los fármacos actualmente en ensayo clínico.

David Horrobin, científico, fundador de dos compañías de Biotecnología, especializado en tratamientos para enfermedades psiquiátricas y neurodegenerativas, profesor en la Universidad de Oxford y autor o coautor de más de 800 artículos científicos, murió de

pulmonía mientras era tratado de cáncer el 1 de abril del 2003. Pero tres meses antes dejó escrito un demoledor artículo en la revista *Lancet*, su testamento científico, sobre lo que había aprendido durante su enfermedad. Científico y víctima, conoció mientras se moría la dura realidad de una enfermedad convertida en negocio. Queremos por ello prestarle hoy nuestra voz para que ustedes le escuchen explicar la realidad que él mismo desconocía y que aprendió cuando el cáncer se abatió sobre él.

"Los grandes ensayos en centros múltiples -escribió Horrobin- tardan casi siempre mucho más tiempo para completarse y son enormemente más caros que los ensayos en un único centro pequeño. Pero también se han vuelto fuentes de grandes ingresos para muchas instituciones. Dado además que los grandes ensayos se han vuelto la norma los profesionales que toman parte en ellos están ahora reconciliados con la idea de que así los ensayos durarán siempre y se garantizarán los ingresos. Como resultado, la mayoría de los pacientes que entran en la mayoría de los ensayos de Oncología mueren antes de que los resultados sean conocidos. Eso sí, las instituciones en las que están tratándose obtendrán enormes beneficios económicos. Pues bien, en la mayor parte de los impresos de información que se da a los pacientes no se menciona ese hecho. Y esa omisión es inmoral".

"Los grandes ensayos cuestan hoy mucho dinero y eso implica que sólo pueden ser realizados si lo que se descubre puede protegerse con una patente. Como cuestan cantidades enormes de dinero raramente son financiados con dinero público o procedente de instituciones benéficas o públicas. Es decir, que lo que el 'alto coste' normalmente significa es que SÓLO por intereses comerciales se puede permitir alguien el lujo de financiar un gran ensayo. Y como tales compañías tienen que rentabilizar la inversión los ensayos se dirigen SOLO a una parte diminuta de la amplia gama de potenciales terapias contra el cáncer".

"Y esa parte consiste en nuevos productos químicos que tengan una vida comercial bajo patente de al menos 10 o, preferentemente, 15 años. A los enfermos de cáncer que aceptan entrar a formar parte en los ensayos, claro, no se les dice que sólo van a acceder a una parte pequeña de las terapias potenciales. Ni se le dice que los investigadores, en la mayoría de las instituciones, cuando se plantean en qué ensayos trabajar están fuertemente influidos por el tamaño de la contribución financiera del patrocinador comercial. Por desgracia, hay poco de altruismo en ello".

Lo denunciado por Horrobin no va, evidentemente, a animar a muchos enfermos de cáncer a asumir el riesgo de formar en el futuro parte de algún nuevo ensayo. Pero tampoco a tratar de descubrir nuevos medicamentos. No anima a investigar nuevos enfoques. No cuando un

medicamento tarda en llegar al mercado, según los esquemas actuales, de 12 a 14 años con un coste cercano a los 900 millones de dólares.

Las grandes farmacéuticas lo tienen claro: más vale apostar sobre seguro. Pero además... con trampa. Porque suelen probar los más prometedores y nuevos compuestos en los pacientes más enfermos ya que así es más fácil detectar variaciones, como una mínima reducción del tumor. Les importa poco además saber de antemano que el producto no va a curar. A fin de cuentas, para salir al mercado, para que la FDA les dé el plázet, sólo tienen que demostrar que sirven para lo que están pensados. Porque no se crean ustedes que los medicamentos para el cáncer que se comercializan tienen como finalidad curar. Normalmente su única finalidad reconocida es la de reducir el tamaño del tumor. Y eso es lo que consiguen probar. No que curen el cáncer.

Y la pregunta es simple: si después de catorce años de investigación lo único que hoy se consigue normalmente es un producto que reduce el tamaño con respecto a un producto anterior menos de un 10%... y nada más, ¿a quién beneficia ese producto? Pues exclusivamente a los accionistas de esas compañías. No a los enfermos. Y eso cuando aportan algo, aunque sea mínimo y cuestionable. Porque conviene que sepan ustedes que según un estudio publicado el año 2002 en el *British Medical Journal* dos farmacólogos italianos analizaron los resultados de los ensayos de 12 nuevas drogas anticáncer que habían sido aprobadas para su uso en Europa entre 1995 y 2000, las compararon con los tratamientos existentes hasta su llegada al mercado y NO ENCONTRARON NINGUNA VENTAJA EN LOS NUEVOS MEDICAMENTOS. Eso sí, eran todos mucho más caros.

En los años setenta había sólo icinco! medicamentos quimioterápicos, icinco!, a disposición de los médicos. En los años noventa el número de fármacos aprobados alcanzaba la cifra de 25. Y desde entonces siguen apareciendo nuevos productos. Pues bien, si cada uno de esos medicamentos hubiera supuesto algún progreso, pequeño pero real, habríamos constatado estadísticamente alguna mejoría notable en las últimas décadas. Y, sin embargo, no es ésa la realidad que reflejan los datos. La realidad es que sólo han beneficiado a quienes han hecho negocio con ellos. Y para entender hasta qué punto basta poner el ejemplo de un país de la Unión Europea. En Alemania la factura anual en citotóxicos es de 1.800 millones de euros. A pesar de lo cual los índices de supervivencia en cáncer no han mejorado.

Horrobin, que supo describir el negocio del cáncer, también aprendió otra lección. Y aunque para él fuera tarde no lo es para ustedes: "*Para la mayoría de los cánceres -dejó escrito Horrobin en su último artículo- hay muchos tratamientos potenciales, muchos de los cuales no son*

tóxicos. Y contrariamente a la opinión médica ortodoxa general la mayoría de tales tratamientos potenciales no son ni inútiles ni irracionales. Están basados en sólidos trabajos bioquímicos in-vitro, en trabajos fiables en animales y, de vez en cuando, en unas pocas historias de casos bien documentados. Pero no se han probado adecuadamente en ensayos bien diseñados y la mayoría de ellos nunca lo será. La razón no tiene nada que ver con su validez científica o la fuerza de la evidencia: simplemente es que no son patentables o son difíciles de patentar. Y sin la protección de una patente, en la situación actual, semejantes remedios potenciales nunca se probarán. Si un compuesto no es protegido por una patente no se desarrollará. Lo cual no importaría si la investigación actual en Oncología estuviera produciendo beneficios grandes en cánceres comunes pero a pesar del enorme gasto los éxitos nos han eludido ampliamente. Los pocos y excelentes éxitos en cánceres raros no pueden esconder el fracaso global. Esto significa que hay una posibilidad real de que los abordajes convencionales en el tratamiento del cáncer estén equivocados y de que no hay base racional firme alguna para predecir cuáles serán las direcciones desde las que el éxito podría llegar. Nuestra mejor esperanza de cambiar esta tendencia es probar tantos acercamientos diferentes y compuestos como sea posible".

Pues bien, amigos, por eso estamos aquí: porque los tratamientos convencionales no funcionan. En las últimas décadas los estados se han gastado cantidades ingentes de dinero sin que los enfermos de cáncer se hayan beneficiado de ello. Los únicos que han obtenido beneficios -y multimillonarios- son las grandes compañías farmacéuticas y los miles de médicos, investigadores, funcionarios y periodistas que han quedado atrapados en las redes de sus agresivas políticas comerciales y que, por ignorancia o complicidad, forman parte del sistema.

Sí, existen ciertamente tratamientos que no son ni inútiles ni irracionales. Están basados en sólidos trabajos bioquímicos in-vitro, en trabajos fiables en animales y, de vez en cuando, en casos bien documentados. Y algunos cuentan también con estudios clínicos. Tal es lo que nos ha traído aquí este fin de semana: constatar que la mayoría de los tratamientos de los que van a hablarnos son eficaces. Y encima, en la práctica totalidad de los casos, inocuos; es decir, carentes de efectos yatrogénicos.

En estos dos días oiremos hablar de las causas psicoemocionales del cáncer, sabrán de las propiedades de los micronutrientes para cortar el paso en nuestro organismo al mortal invasor, conocerán productos naturales que ya están utilizándose con buenos resultados en otros países, se sorprenderán al escuchar que existe una vacuna para luchar contra los tumores elaborada a partir de la orina del propio enfermo y

de los beneficios de los pulsos electromagnéticos para recargar de energía la célula y evitar su multiplicación indiscriminada en busca de la supervivencia. También la Homeopatía y la Fitoterapia tienen su sitio en la lucha contra el cáncer. Y la Electroterapia. Y productos de la calidad indiscutible del *Ukrain*. Y, por supuesto, del *Bio Bac*, que representa para los españoles la prueba fehaciente de todo lo que aquí hemos denunciado, de las arbitrariedades que se cometen con vergonzosa impunidad para impedir por la fuerza el acceso a un producto que ha demostrado contribuir a mejorar notablemente la salud de los enfermos de cáncer y que llegó a ser sufragado durante diez años por la Seguridad Social. Un producto con numerosos ensayos clínicos realizados en centros de primera línea de los que nadie quiere hablar. Y esperemos que sea también la prueba de que cuando las evidencias y los pacientes se unen, ni los muros de los fortificados intereses pueden resistir las trompetas de la verdad.

Mirados en conjunto, los planteamientos y tratamientos que les vamos a presentar forman probablemente parte de un rompecabezas que, unido, podría darnos la clave para derrotar por fin al cáncer. Cada uno de ellos nos muestra cómo levantar un dique de contención contra el cáncer en cada una de sus fases. Comenzando por el aspecto emocional y siguiendo por la parte energética, el sistema inmune y la propia célula. En todos los pasos es posible actuar para ayudar al organismo a enfrentarse al cáncer con la dignidad suficiente.

En suma, ha llegado el tiempo de la esperanza.

Permítannos terminar con las palabras de alguien que está hoy aquí entre nosotros, que ha venido desde Barcelona, alguien a quien el cáncer no venció a pesar de haber sido desahuciado porque decidió buscar hasta encontrar soluciones alternativas. Que el espíritu de sus palabras sea también el de este congreso: *"Puedo decir que soy un superviviente. He sobrevivido a mi propia muerte. Porque no sólo he sobrevivido a la enfermedad sino al pronóstico hecho por un grupo de doctores de que iba a morir. En el hospital nadie se explica cómo sigo vivo. Yo, por mi parte, lo que no me explico es por qué no me informaron de que existían otras posibilidades, otros mundos terapéuticos que descubrir, otras técnicas y terapias que funcionan y que pueden curar el cáncer"*.

Gracias Alejandro por tus palabras. Y gracias a todos ustedes por su atención.

Antonio Muro y José Antonio Campoyonal.



Cáncer: ¿qué es y qué lo causa? (XXXIV)

FACTORES DE TRANSFERENCIA PARA AFRONTAR EL CÁNCER

La respuesta al cáncer está probablemente en el propio sistema inmune, entrenado desde hace millones de años para afrontar cualquier enfermedad. Una capacidad que se transmite a través de los denominados factores de transferencia presentes en el calostro de la leche materna y que son los que permiten al recién nacido afrontar un entorno adverso precisamente cuando es más débil. Pues bien, dos corrientes científicas están trabajando con ellos como herramienta en el tratamiento del cáncer y otras patologías. La más consolidada científicamente es la que los obtiene de los glóbulos blancos de la sangre y cuenta ya con experiencia clínica positiva en pacientes de cáncer. A ella se une la prometedora investigación de ciertos laboratorios nutricionales que apuestan por obtener los factores de transferencia del calostro de la leche de vaca.

La gran mayoría de los tratamientos alternativos y complementarios contra el cáncer presentados por esta revista en los últimos meses tienen un factor común: afrontan la enfermedad mediante el uso de sustancias o procedimientos encaminados a potenciar el sistema inmune y mejorar así su rendimiento frente a las células tumorales con un coste físico y anímico infinitamente menor del que suponen la quimioterapia y la radioterapia. Porque todos ellos podrían considerarse bazas del sistema inmune en la lucha contra el cáncer. Que el sistema inmunitario permite no sólo afrontar cualquier patología sino en muchos casos prevenirlas lo sabemos desde que se descubrió que podemos inmunizarnos mediante el uso de vacunas. Fue en 1776 cuando un médico inglés llamado **Edward Jenner** administró la primera: contra la viruela. Jenner había observado que las amas de cría que se contagiaban de la viruela de las vacas -que no causa problemas de salud importantes- parecían quedar protegidas ante la viruela humana -normalmente mortal-. Y para comprobar si era así el 14 de mayo de 1796 inoculó en el cuerpo de un niño llamado **James Phipps** pus procedente de la pústula de una mujer infectada con la viruela de la vaca. El 1 de junio, una vez el muchacho se recuperó de

la infección, Jenner le inocularía la viruela humana. Y como esperaba, el muchacho nunca desarrolló la enfermedad. Jenner denominaría a su técnica "*vacunación*", término que deriva precisamente de la palabra latina "*vacca*".

Es decir, que sin tener ni idea de cómo ocurría -la primera referencia a la existencia de los virus la hizo el botánico **Dimitri Ivanovsky** casi un siglo después, en 1892- Edward Jenner había dado los primeros pasos en el ámbito de la Inmunoterapia descubriendo una manera eficaz de impedir a las personas desarrollar enfermedades serias. Curiosamente la conexión entre el cáncer y el sistema inmune se descubriría dos años antes -en 1890- cuando aún se ignoraban sus complicados mecanismos de funcionamiento. Ese año el médico neoyorquino **William B. Coley** se había quedado intrigado ante la desaparición de tumores malignos en pacientes de cáncer que habían contraído infecciones estreptocócicas agudas y sospechando que la respuesta natural del organismo a la infección bacteriana podía ser la responsable de la regresión del tumor decidió realizar un experimento e inyectó estreptococos vivos en un paciente con un cáncer inoperable para ver si el tumor remitía. Pues bien, tras tres cultivos bacterianos... el cuarto produjo la desaparición completa del tumor!

Coley continuó su investigación hasta desarrollar una mezcla de bacterias muertas -que acabó siendo conocida como "*las toxinas de Coley*"- y trató, junto a otros médicos, a más de 1.000 enfermos de cáncer con ellas. Obteniendo un éxito desigual. Así que como los resultados eran imprevisibles el método terapéutico terminaría cayendo en el olvido.

Ya en 1909 un científico llamado **Paul Ehrlich** afirmó por primera vez que la incidencia del cáncer sería mucho mayor si no fuera por la vigilancia del sistema inmune, capaz de eliminar e identificar las células tumorales recién divididas. Con lo que ya entonces puso a nuestro sistema de defensa en el centro del control del crecimiento tumoral. Aproximadamente 50 años después dos científicos -**Lewis Thomas** y **Frank MacFarlane Burnet**- retomarían la convicción de Paul Ehrlich y comunicaron que un tipo especial de célula inmunitaria -la "célula T"- era el pivote central de la respuesta del sistema inmune contra el cáncer. Ello llevó a la acuñación de la expresión "*vigilancia inmune*" para describir la actitud permanente de alerta del sistema inmunitario contra las células cancerosas. Sin embargo, esa afirmación generó una notable polémica que continuaría hasta la publicación el 26 de abril del 2001 de una investigación en la revista *Nature* titulada "*IFN-gamma y los linfocitos previenen el desarrollo del tumor primario y configuran la inmunogenicidad del tumor*". El artículo estaba escrito por **Robert D. Schreiber** y sus colegas de la *Washington University School of Medicine* de St. Louis en colaboración con **Lloyd J. Old**

-médico del *Ludwig Institute for Cancer Research* y del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* de Nueva York-. La evidencia experimental presentada en el documento demostró inequívocamente que el sistema inmune impide a los tumores desarrollarse -y a menudo incluso que aparezcan- jugando pues un importante papel protector frente al cáncer.

Como era de prever hoy son cada vez más los científicos que estudian la relación entre el sistema inmune y las células tumorales. Estando entre las estrategias más usadas actualmente dentro del amplio campo experimental de la Inmunoterapia la inmunización de pacientes con material diseñado para provocar una respuesta capaz de eliminar o retardar el crecimiento tumoral. En este grupo cabría incluir los trabajos con antígenos tumorales ya que la identificación de genes que codifican la formación de cadenas peptídicas en la superficie celular de los tumores y que pueden ser reconocidas por las células T proporcionan la base teórica para su funcionamiento. A diferencia de la mayoría de las vacunas empleadas con los agentes infecciosos la Inmunoterapia antitumoral activaría la respuesta inmune contra ciertos antígenos a los cuales ya ha sido expuesto anteriormente. Por esa razón la vacunación con antígenos que expresen proteínas y péptidos tumorales podría mejorar la eficacia de nuestro sistema inmune contra los procesos tumorales. Recordemos, en este sentido, las vacunas con antígenos de la orina elaboradas por el doctor mexicano Salvador Capistrán (*vea lo publicado al respecto en el apartado "**Cáncer**" de nuestra web*).

Bueno, pues a esa línea de investigación corresponden los trabajos realizados con los factores de transferencia de los que vamos a hablar y que pueden ser genéricos o específicos para cada patología.

LA "MEMORIA" DEL SISTEMA INMUNE

En 1949 el doctor **H. Sherwood Lawrence** usó extractos de leucocitos o glóbulos blancos para demostrar que la respuesta inmune se transfiere de un humano que da positivo a la exposición a un antígeno específico a un receptor que da negativo... a través de pequeñas proteínas a las que llamó *factores de transferencia*. La irritación superficial (la respuesta positiva) en el sujeto que previamente no había manifestado ninguna respuesta del sistema inmune ante el antígeno específico demostraba que ésta sí estaba teniendo lugar y que el sistema inmune había adquirido a través del factor de transferencia conocimiento sobre el antígeno específico. Lo importante de la investigación de Lawrence fue que demostró que la "memoria inmune" era transmitida sin necesidad de inocular anticuerpos reales. Bastaba con los *factores de transferencia*, proteínas de bajo peso molecular.

Por supuesto, todavía hay quienes niegan hoy la realidad de los *factores de transferencia*. Aunque no es, desde luego, el caso de quienes trabajan con ellos. Como el doctor **Sergio Estrada** -investigador del *Departamento de Inmunología* de la *Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional* de México y miembro de la *Sociedad Mexicana de Inmunología*- quien trabaja desde hace ya 30 años con los *factores de crecimiento*. "*Nadie creyó a Lawrence al principio* -nos diría el doctor Estrada- *y todavía hay mucha gente que no quiere creer, ni quiere saber nada del Factor de Transferencia. Pero se convencen cuando empiezan a tratar a los pacientes con el producto*".

Llegados a este punto hay que explicar que los *factores de transferencia* son cadenas peptídicas compuestas de decenas de aminoácidos que parecen almacenar toda la experiencia del sistema inmune. El gran salto intelectual es entender que los *factores de transferencia* no transfieren anticuerpos ni los crean directamente sino que su función es la de *educar, enseñar* a las células del sistema inmune a reconocer antígenos específicos que pudieran pasarles inadvertidos. Por eso es por lo que probablemente la medicina alopática tiene problemas para admitir su existencia y sus posibilidades terapéuticas. Se trata, en suma, de una visión completamente distinta de los modelos farmacológicos normales. Cabe añadir que los *factores de transferencia* no curan nada sino que trabajan para hacer al sistema inmune "más inteligente", para que sea el propio organismo el que pueda eliminar la enfermedad. Son pues vitales en el desarrollo de las estrategias del sistema inmune contra la enfermedad y los gérmenes invasores. Y son además inmunomoduladores ya que no fuerzan una respuesta global sino específica y adecuada a cada ocasión.

Para entender su funcionamiento puede decirse que es como si los *factores de transferencia* almacenaran "fotografías químicas" de los virus, bacterias, hongos y parásitos con los que estuvieron en contacto en el propio organismo o en el de otros y transmiten esa información a las células encargadas de combatir la enfermedad en el organismo donde son introducidos.

Y sus posibilidades son casi infinitas a juzgar por las declaraciones efectuadas por el doctor Estrada: "*Los factores de transferencia son útiles en las enfermedades producidas por bacterias, virus, levaduras y hongos. Es el caso de enfermedades tan distintas como la tuberculosis (meningeal, renal y cutánea), la lepra, la coccidioidomicosis, la diabetes tipo II, las dolencias renales, la otitis, el herpes Zoster y simple, la hepatitis B, la toxoplasmosis, la leishmaniosi, el asma, la dermatitis atópica, la rinitis, la artritis reumatoide, la psoriasis, la esclerosis múltiple o el sjogren, entre otras*

muchas. Y lo mismo cabe decir en los casos de cáncer de riñón y próstata así como en melanomas y linfomas."

LOS FACTORES DE TRANSFERENCIA EN SANGRE

¿Y dónde obtener los *factores de transferencia*? El doctor Estrada ha centrado su trabajo en la obtención de los mismos a partir de la sangre. *"Se obtienen -nos explicaría- rompiendo los glóbulos blancos o leucocitos de la sangre y metiendo lo obtenido en una bolsa de diálisis con una malla muy fina que sólo permite la salida de moléculas muy pequeñas -de 10 kilodaltones o menores- por lo que no pueden pasar virus, bacterias u hongos. Pues bien, el extracto de leucocitos obtenido contiene un factor capaz de transmitir la respuesta inmune positiva del donante al organismo receptor. Tal es el factor de transferencia y tiene una actividad terapéutica extraordinaria, innegable"*.

Sergio Estrada reconoce que cuando comenzó a trabajar con los *factores de transferencia* lo hizo de forma muy escéptica porque no se sabía qué eran aunque fuera muy consciente de su actividad terapéutica. De ahí que fuera utilizándolos cada vez en más enfermedades con la tranquilidad de saber que se trata de un material inocuo.

En cuanto al proceso de obtención Estrada lo fue depurando hasta pasar de *factores de transferencia* genéricos obtenidos a partir de la sangre de 1.000 pacientes sanos a *factores de transferencia* más específicos que, eso sí, precisan de procesos más complejos. *"Ya existen -nos diría- moléculas bien definidas que transfieren la inmunidad específica. Son moléculas que tienen un peso molecular de cinco mil daltones o cinco kilodaltones (Kda). Y cada una de ellas es específica para un microorganismo o para un antígeno diferente. Eso nos asegura el éxito de la terapia en enfermedades infecciosas. Hay que dar a los pacientes el factor específico para cada padecimiento si bien hay padecimientos que son prácticamente universales como el herpes Zoster que proviene de una complicación de la varicela. Pero es el mismo virus. Bueno, pues cuando de niños pillamos la varicela la pasamos sin complicaciones y además nos deja una inmunidad sólida que se va reforzando cada vez que tenemos nuevos encuentros con el virus de la varicela. De tal manera que los jóvenes en México, que son los que donan sangre, tienen casi todos inmunidad a la varicela. También por eso es un éxito el tratamiento con factor de transferencia en el herpes Zoster. No hay nada que se le compare. Hoy el tratamiento médico habitual para esta dolencia es el 'aciclovir' pero le aseguro que el factor de transferencia es mucho mejor. En un estudio que hicimos a doble ciego y que se publicó en el 'Journal of Immunofarmacology' los pacientes tratados con el factor de transferencia dejaban de tener dolor a los diez días mientras los*

tratados con aciclovir padecían aún fuertes dolores a los 22. Lo que demuestra, de forma estrictamente estadística, que es mucho mejor el factor de transferencia en este padecimiento".

LOS FACTORES DE TRANSFERENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Los éxitos obtenidos por Sergio Estrada llevarían a un amigo suyo, el doctor **Abelardo Monges** Nicolau -especialista en Oncología del *Hospital Mocel-*, a probar los *factores de transferencia* en pacientes de cáncer. Algo que viene haciendo desde hace ya diez años. *"La verdad es que estoy impresionado con los resultados -nos confesó-. Básicamente los utilizo como método coadyuvante de la quimioterapia y debo decir que la expectativa de vida -en todo tipo de cánceres y metástasis- es muy superior a la obtenida con la simple aplicación de los métodos convencionales"*. A pesar de lo cual la falta de fondos -mal al parecer estructural en México donde hemos visto prometedoras investigaciones que no ven nunca la luz por falta de apoyo económico- ha imposibilitado hasta el momento -así nos lo confesaría Monges- la realización de los caros estudios exigidos para la obtención del reconocimiento oficial.

El doctor Estrada nos aseguraría, por su parte, que en países como China los *factores de transferencia* son ampliamente utilizados para combatir enfermedades virales como las hepatitis B y C que pueden ocasionar hepatocarcinomas o cirrosis. En ese país el porcentaje de personas con el virus de la hepatitis que no presentan sintomatología es muy alto lo que sugiere que su sistema inmune es capaz de detener la acción del virus. Por eso con la sangre de esas personas se hace un extracto dializable de glóbulos blancos que se administra a los niños como "vacuna" con el propósito de que no desarrollen la hepatitis aún cuando se infecten con el virus. También se utilizan en Cuba, Eslovaquia e Italia con un costo muy por debajo del que requiere, por ejemplo, el tratamiento con interferón.

Y esa es su tercera ventaja: es fácil de obtener, no tiene efectos secundarios y su costo de producción es muy bajo en comparación con otros productos como los interferones y las interleuquinas. Lo que claramente beneficiaría a los enfermos, especialmente en el Tercer Mundo. *"Para el tratamiento de un linfoma -afirma Estrada- las células B tienen en su superficie un grupo químico que se llama CD20 y hay un anticuerpo monoclonal capaz de adherirse a él que permite eliminar las células cancerosas. El problema es que cada inyección cuesta 1.800 euros y se requieren varias por lo que muchos pacientes no puedan terminar el tratamiento. Las nuevas terapias puede por tanto que sean mejores pero cada vez son más caras e inaccesibles. En cambio, el factor de transferencia es un inmunomodulador al alcance*

de todo el mundo, mucho más fácil de preparar y extraordinariamente más barato".

EL CALOSTRO

La otra línea de investigación -encabezada por grandes laboratorios especializados en complementos nutricionales- sostiene que los *factores de transferencia* es posible obtenerlos también del calostro de la leche -tanto humana como animal-, muy rica en proteínas, entre ellas todas las inmunoglobulinas (anticuerpos que defienden el organismo contra las infecciones). Y es que parece claro que la memoria inmune le llega al recién nacido a través del calostro, la primera leche que obtiene del pecho de la madre. Hoy sabemos que durante el último trimestre de la gestación la glándula mamaria acumula una sustancia llamada precalostro formada principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa. Más tarde, en los cuatro primeros días posteriores al parto, se produce el calostro, un fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. Entre 2 y 20 ml por toma, suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. Y eso que el calostro tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles, PTH y nucleótidos que la leche madura. Sin embargo, contiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos. El contenido en minerales como sodio, zinc, hierro, azufre, selenio, manganeso y potasio también es superior en el calostro. Pero, sobre todo, el calostro tiene un contenido muy elevado de inmunoglobulinas, especialmente IgA, lactoferrina, linfocitos y macrófagos, oligosacáridos, citoquinas y otros agentes defensivos que protegen a los recién nacidos de los gérmenes ambientales y favorecen la maduración de su sistema de defensa. Contiene además enzimas intestinales que ayudan en la digestión (la lactasa y otras enzimas intestinales están inmaduras en el recién nacido). Sus abundantes inmunoglobulinas cubren el endotelio del tubo digestivo evitando la adherencia de los patógenos, facilita la colonización del tracto intestinal por lactobacilos *bífidus* y contiene antioxidantes que le protegen del daño oxidativo. De todo ello se deduce la importancia fundamental que tiene para un recién nacido empezar su vida tomando el calostro de su madre.

Estudios realizados en animales sugieren asimismo que la lactoferrina -una de las proteínas principales encontradas en el calostro- puede ayudar a prevenir o reducir los cánceres de colon, vejiga, lengua, esófago y pulmón así como la formación de metástasis de pulmón. Los mecanismos subyacentes están bajo estudio pero parecen estar relacionados con la capacidad de la lactoferrina para mejorar el

funcionamiento del sistema inmune. Cabe agregar que el ácido linoleico conjugado y otras grasas encontradas en el calostro también han mostrado propiedades anticancerígenas.

No es de extrañar pues que volviendo a los comienzos de la inmunología haya quien haya vuelto la mirada a las vacas -que hasta la aparición del llamado "mal de las vacas locas" era un animal preparado para resistir un gran número de microorganismos- a fin de intentar aprovechar las ventajas de su calostro. De hecho, su aprovechamiento no es nuevo. En la India, durante miles de años, los médicos ayurvédicos documentaron los beneficios para la salud del calostro. Y en los países escandinavos se ha hecho durante centenares de años un delicioso puding de calostro cubierto de miel para celebrar el nacimiento de terneros. Incluso fue utilizado en Estados Unidos como antibiótico hasta el descubrimiento de la penicilina.

En suma, numerosas investigaciones han confirmado en los últimos años la posibilidad de beneficiarse del calostro animal -principalmente de las vacas- para reforzar el sistema inmune. Y de ahí que haya muchos complementos nutricionales que hoy lo contienen.

Ahora bien, hubo alguien que llegó aún más lejos y se planteó que ni siquiera la gran cantidad de sustancias del calostro era suficiente para justificar el salto cualitativo que se da en el sistema inmune del bebé. Que faltaba saber cómo sin traspasar anticuerpos la madre transmite la memoria inmune a su hijo. Y de nuevo los *factores de transferencia* de Lawrence fueron la respuesta. Con lo que investigadores y laboratorios se apresuraron a extraer calostro de las vacas, hicieron una intensa filtración molecular y terminaron encontrando una molécula muy pequeña: el factor de transferencia. Y se decidieron a comercializarlos como complementos nutricionales de consumo oral.

PRUEBAS AMERICANAS Y RUSAS

Debemos añadir que una de las investigaciones más interesantes sobre la capacidad de estos productos fue la dirigida por el doctor **Darryl See** quien fuera director del *Institute of Longevity Medicine* de California y que trabajó en distintas ocasiones para *Upjohn*, *Pfizer*, *Harvard* y el *Departamento de Defensa* norteamericano. En la actualidad dirige una clínica en la que aplica los *factores de transferencia* a los pacientes de cáncer. El estudio tenía por fin determinar los efectos anticancerígenos "in vitro" de dos productos de la empresa *4Life*. Y su conclusión no pudo ser mas clara. "*Ambos productos -afirmó- inducen la destrucción de las células eritroleucémicas K562 a un nivel desconocido en la experiencia del director de la investigación y en la literatura médica conocida. Dado que la función de las denominadas células asesinas naturales es crucial para terminar con las células cancerígenas estos productos son*

candidatos ideales para formar parte de una terapia adyuvante en casos de cáncer. Además las células asesinas naturales forman una primera línea de defensa contra las infecciones de virus y otros microorganismos".

Darryl See publicaría en febrero de 1999 una investigación en el *Journal of the American Nutraceutical Association* en el que estudiaba la capacidad de 196 productos naturales y no tóxicos para aumentar la actividad de las células asesinas naturales. Pues bien, algunos productos aumentaron su actividad en un 48'6% pero el factor de transferencia obtenido del calostro lo hizo en un 103%. Además, cuando el factor de transferencia fue combinado con una serie de agentes tímicos -los beta-glucanos de fuentes múltiples, Acemanano e IP6- el resultado fue un incremento sinérgico de la actividad de las células asesinas naturales del 248%. Esta combinación de factor de transferencia calostroal, factores tímicos y extractos de polisacáridos biológicamente activos es el producto más activo probado hasta la fecha.

En una tercera etapa Darryl See realizó un estudio "in vivo" para lo que seleccionó veinte pacientes -12 hombres y 8 mujeres- que padecían cánceres en fases III y IV. Su media de edad era de 49,3 años y todos ellos habían sido enviados por sus oncólogos a morir a casa. La esperanza media de vida que tenían era de 3'7 meses. Pues bien, el protocolo consistió en dar a cada paciente 9 cápsulas diarias de *factores de transferencia*. Y ocho meses después ¡16 de ellos aún vivían! Unos habían mejorado, otros estaban estabilizados y en algunos el cáncer ¡estaba remitiendo! Se constató también que el número de células asesinas naturales había aumentado -de media- ¡en un 400%!

En la misma línea de intentar confirmar la capacidad de los *factores de transferencia* comercializados por 4Life los doctores **Calvin**

McCausland y **Emma Oganova** diseñaron un estudio para probar su influencia en la actividad de las células asesinas naturales. También el doctor **Anatoli Vorobiev** -de la *Academia Rusa de Ciencias Médicas*- dirigió un equipo en pruebas independientes. Pues bien, utilizando pruebas de citotoxicidad a doble ciego se combinaron células cancerígenas con células asesinas naturales de humanos y se dividieron entre grupos de células asesinas naturales activadas con *factores de transferencia* y grupos de células asesinas naturales no activadas. Los resultados demostraron concluyentemente la capacidad de los *factores de transferencia* para reforzar la actividad de las células asesinas naturales en un 283% e, incluso, en el caso del producto más avanzado en un extraordinario 437%, por encima de toda respuesta inmunitaria normal (respuesta establecida como línea de base de este estudio). Además los resultados de este experimento científico

demonstraron que las células asesinas naturales activadas con *factores de transferencia* mataban el 99% de las células cancerígenas lo que superaba la capacidad de defensa natural del cuerpo.

Los científicos rusos, ante resultados tan excepcionales, solicitaron de inmediato mayor información sobre las muestras aportadas. "*La muestra de 4Life (compuesto Transfer Factor E-XF) potenció la actividad de las células asesinas naturales más que el fármaco Interleucina-2 (IL2) utilizado de manera estándar. Aquí denominamos ahora a su muestra 'la interleucina de oro'*", transmitiría el doctor **Kisielevsky** -miembro de la *Academia Rusa de Ciencias Médicas*- al laboratorio.

De hecho, los resultados han sido tan extraordinarios que en diciembre pasado -según asevera la empresa *4Life*- el Ministerio de Salud ruso aprobó el uso de sus *factores de transferencia* como moduladores inmunitarios en hospitales y clínicas de la federación. Los resultados de los diez ensayos clínicos y dos estudios experimentales efectuados sobre estos productos quedaron plasmados en el documento metodológico aprobado por el ministerio que permite a los doctores utilizarlos en su práctica clínica.

Evidentemente queda mucho por avanzar en el campo de la Inmunoterapia y de los *factores de transferencia* -genéricos o específicos- pero se obtengan de la sangre o del calostro están demostrando ser unas prometedoras herramientas terapéuticas -más que contrastadas después de 30 años de experiencia- en multitud de patologías, entre ellas el cáncer. Aunque hasta ahora se hayan venido utilizando básicamente como compensadores del destrozo causado por la quimioterapia.

Antonio F. Muro



Cáncer: ¿qué es y qué lo causa? (XXXV)

LA VITAMINA C, ENORMEMENTE EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

La aplicación intravenosa de vitamina C a altas dosis destruye las células cancerosas en cualquier lugar del organismo sin producir efectos secundarios. Así lo indican trabajos de

investigación perfectamente documentados. Eso sí, su aplicación debe hacerse a través de goteo y nunca inyectarla en vena o intramuscularmente. Y debe hacerse de forma progresiva para no producir reacciones adversas. La dosis inicial recomendada es de 15 gramos diarios. Al parecer la vitamina C actúa contra las células cancerosas al provocar la producción de peróxido de hidrógeno siendo éste el que se ocupa de destruirlas mediante la generación de radicales libres. Claro que ni el producto ni la terapia son patentables y el método es demasiado barato. Y a ningún gran laboratorio le interesa por tanto que se sepa. Se lo contamos en detalle.

Las conclusiones del estudio *Pharmacologic ascorbic acid concentrations selectively kill cancer cells: Action as a pro-drug to deliver hydrogen peroxide to tissues* publicado en septiembre pasado en *Proceedings of the National Academy of Sciences* no pueden ser más claras: "Los datos de la investigación nos indican que el ascorbato en concentraciones sólo logradas mediante administración intravenosa puede ser una pro-droga que favorezca la formación de H₂O₂ (peróxido de hidrógeno) y que la sangre puede ser el medio por el que llegue a los tejidos. Estos resultados dan pues plausibilidad a la aplicación intravenosa del ácido ascórbico en el tratamiento del cáncer y tiene además implicaciones inesperadas en el tratamiento de infecciones donde el peróxido de hidrógeno puede ser beneficioso".

La investigación ha estado impulsada por el doctor. **Mark Levinee** -director de la sección Molecular y de Nutrición Clínica del *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*- quien ya en el año 2000 consiguió que se revisaran al alza las dosis máximas recomendadas de ingesta diaria de vitamina C y gracias a ello se aumentó en el caso de los hombres de 60 a 90 mg y en el de las mujeres de 60 a 75 mg Aunque él recomendó más del doble: 200 mg diarios.

En sus trabajos Levinee había comprobado que si bien la absorción de vitamina C alcanza siempre un punto de saturación cuando es ingerida oralmente no ocurre lo mismo cuando es introducida directamente en sangre. "Cuando las dosis de vitamina C se administran de forma intravenosa -explica Levinee- inicialmente sobrepasan el límite en el torrente sanguíneo pero luego es eliminada". Según sus investigaciones una dosis de 10 gramos de vitamina C administrada de forma intravenosa produce una concentración 25 veces mayor en el torrente sanguíneo que la que se alcanza con la misma dosis consumida por vía oral.

Levinee y su equipo pensaron entonces que con la vitamina C podía ocurrir lo mismo que con algunos antibióticos que son peor absorbidos

cuando se consumen oralmente mientras por vía intravenosa son mucho más efectivos. Y a fin de comprobar qué efecto tendría la vitamina C en dosis altas sobre las células cancerosas usaron "in vitro" distintas líneas de células tumorales a las que hicieron llegar una elevada dosis (en una cantidad que sólo podría conseguirse en el organismo infundiéndola directamente en sangre). Y lo que comprobaron es que la vitamina C *"ino afecta a las células sanas y, sin embargo, mata las células cancerígenas"*. Posee pues "acción selectiva". Algo que desde luego no se puede decir de los medicamentos quimioterápicos. Cabe agregar que según sus investigaciones la vitamina C lleva a la formación de peróxido de hidrógeno -una sustancia química utilizada de forma natural por nuestro sistema inmune- siendo éste al parecer el que realmente elimina las células cancerosas.

El siguiente interrogante de Levinee y su equipo fue obvio. Lo habían comprobado "in vitro" pero, ¿tendría algún efecto secundario negativo en el organismo una dosis tan alta de vitamina C infundida en sangre? ¿Y sería igual de eficaz su acción sobre las células cancerosas y los tumores en el cuerpo como se había constatado "in vitro"? Levinee ha anunciado que, para saberlo, se ha puesto ya en marcha un ensayo en Fase I con personas. *"Ese primer ensayo -explicaría- nos dirá si la vitamina C, aplicada de forma intravenosa, es segura para las personas. Y aunque lo hecho hasta ahora nos permite tener evidencias que indican que hay que reinvestigar las posibilidades del ácido ascórbico en el tratamiento de cáncer es mejor esperar. No queremos proporcionar falsas esperanzas a los pacientes"*.

Sí, Levinee prefiere ser prudente pero él no ignora que en la actualidad existen profesionales de la salud -médicos y practicantes de la llamada medicina complementaria o alternativa- que ya utilizan habitualmente vitamina C de forma intravenosa para tratar el cáncer y saben de su falta de toxicidad. Incluso que ya hay realizado un ensayo Fase I en ese sentido.

Debemos agregar que el estudio ahora publicado no es sino la continuación de otro dado a conocer en abril del pasado año -en el que también participó Levinee- bajo el título *Vitamin C Pharmacokinetics: Implications for Oral and Intravenous Use* en el que se concluía: *"La vitamina C ingerida por vía oral produce concentraciones en plasma que son herméticamente controladas. La administración intravenosa de vitamina C produce altas concentraciones en plasma y orina que quizás tengan actividad antitumoral. Como quiera que la eficacia del tratamiento con vitamina C no puede derivarse de los tratamientos que usan sólo dosis orales el papel de la vitamina C en el tratamiento del cáncer debe ser reevaluado"*.

Conviene además detenerse en ese estudio -publicado en *Annals of*

Internal Medicine- por otra razón no menos importante: uno de los firmantes de tan significativo trabajo, junto a Levinee, es el doctor **Hugh D. Riordan**, probablemente uno de los mayores expertos mundiales en la aplicación intravenosa de vitamina C en casos de cáncer. Por tanto Levinee podrá mostrarse todo lo prudente que considere necesario para ir cumpliendo etapas pero conoce la realidad del uso intravenoso de la vitamina C perfectamente.

DEL LABORATORIO A LA CLÍNICA

¿Y quién es Hugh D. Riordan? Pues se trata del director del *Bio Communications Research Institut (BCRI)*, centro ubicado en Wichita (Kansas, EEUU) y que es sin duda uno de los que tiene en el mundo mayor experiencia en el ámbito de la investigación con vitamina C. De hecho ha finalizado recientemente un trabajo de investigación desarrollado en colaboración con la *Universidad de Puerto Rico* que ha durado quince años -el proyecto *RECNAC* (cáncer escrito al revés)- sobre tratamientos alternativos en cáncer que se encuentra en la actualidad ampliando su campo de investigación al ámbito de la Inmunología y las energías sutiles. De ahí que constituya quizás la fuente internacional más importante sobre las funciones biológicas y usos terapéuticos de la vitamina C. Pues bien, también los datos del *RECNAC* indican que la vitamina C, en combinación con otros antioxidantes, destruye las células tumorales en concentraciones aplicadas clínicamente. Y aunque en un principio pensaron que la aplicación intravenosa de vitamina C en altas concentraciones producía sus resultados a través de una doble respuesta biológica -el refuerzo del sistema inmune y el incremento de producción de colágeno- en cuanto avanzó la investigación se descubrió la capacidad de destrucción directa de las células tumorales. Lo que ahora confirma el trabajo de Levinee.

Claro que los investigadores del *Bio Communications Research Institut* fueron los primeros en informar -ien 1995!- que la vitamina C en altas dosis es selectivamente tóxica para las células tumorales y que ese grado de toxicidad sólo puede lograrse mediante aplicación intravenosa. La investigación fue publicada en el *British Journal of Cancer* en el 2001. También fue el primer centro en describir en detalle la farmacocinesis de la vitamina C en altas dosis. Incluso, como antes decíamos, completaron un ensayo en Fase I en el Centro Médico de la *Universidad de Nebraska* para comprobar la seguridad de la aplicación intravenosa de la vitamina C en altas dosis. Para ello se dio a pacientes terminales con cáncer gastrointestinal dosis de 150, 300, 430, 570 y 710 mg/kg/día, es decir, el equivalente a 10, 20, 30, 40 y 50 gramos diarios para una persona de 70 kilos ¡Y no se apreció ninguna toxicidad! El Dr. Hugh Riordan se encuentra en la actualidad

desarrollando un ensayo clínico Fase II -bajo el auspicio de los *Institutos Nacionales de Salud*- sobre la aplicación terapéutica de altas dosis de vitamina C en pacientes de adenoma renal.

Pues bien, con toda esta experiencia a sus espaldas Riordan resumió ¡hace ya 5 años! en un estudio efectuado junto a **Neil H. Riordan** y **Joseph Casciari** bajo el título *Clinical and Experimental Experiences with intravenous Vitamin C* -aparecido el año 2000 en el *Journal of Orthomolecular Medicine*- las conclusiones obtenidas tras el tratamiento clínico de pacientes de cáncer con altas dosis de vitamina C por vía intravenosa... sólo que en su forma de *ascorbato sódico* en lugar de *ácido ascórbico*. Y las principales conclusiones obtenidas fueron las siguientes:

- ▶ La vitamina C es tóxica para las células tumorales.
- ▶ Las concentraciones de vitamina C capaces de eliminar las células tumorales sólo pueden lograrse en seres humanos de forma intravenosa.
- ▶ El ácido lipoico refuerza la toxicidad inducida por la vitamina C en las células tumorales.
- ▶ Algunos pacientes de cáncer han experimentado remisiones completas! tras recibir altas dosis de vitamina C por vía intravenosa.
- ▶ La mayor destrucción de células tumorales se obtiene con dosis superiores a 30 gramos; en todo caso, las remisiones totales en pacientes tratados con esa dosis probablemente se deban a la respuesta biológica que induce la vitamina C más que a sus efectos citotóxicos.

Hay que añadir que el estudio se presentó acompañado de algunos de los casos tratados. Veamos dos de ellos porque son suficientemente significativos.

El primero fue un carcinoma metastático de pecho en fase terminal que padecía una mujer de 68 años hospitalizada en 1995. *"Su último escáner -relata el informe- mostraba metástasis 'casi en cada hueso de su esqueleto'. La paciente experimentaba dolores óseos imposibles de controlar con narcóticos. Se le pusieron inicialmente 30 gramos de vitamina C por vía intravenosa al día aumentando a 100 gramos al día durante 5 horas. Al cabo de una semana la paciente empezó a pasear por los pasillos del hospital. El personal del mismo informó de que parecía una nueva persona hasta el punto de que recibió el alta. Ya en su casa recibió 100 gramos de vitamina C por vía intravenosa 3 veces por semana. Tres meses después de empezar la terapia con ella un escáner revelaba la resolución de varias metástasis en el cráneo. Seis meses después de empezar el tratamiento con vitamina C se cayó mientras estaba de compras en un centro comercial y murió a consecuencia de las fracturas sufridas".*

El otro de los casos se refiere a un linfoma no Hodgking. *"En otoño de*

1994 un granjero blanco de 73 años de Kansas occidental fue diagnosticado de linfoma no Hodgking extendido. Las biopsias y tomografías computerizadas revelaron el envolvimiento de un tumor bilateral en su anterior y posterior zona cervical afectando a los nodos inguinales, axilares y mediastinales. Fue tratado con quimioterapia durante 8 meses lo que le produjo una remisión del mismo. En julio de 1997 empezó a perder peso. De vuelta a su oncólogo una tomografía mostró una recurrencia del cáncer. En septiembre de 1997 comenzó de nuevo con quimioterapia. En diciembre de 1997 desarrolló leucopenia y un extenso Herpes Zoster en su lado izquierdo. Como resultado se detuvo la quimioterapia. En marzo de 1998 ingresó en nuestro centro y comenzó a recibir vitamina C intravenosa y oral junto a otros suplementos nutricionales, incluido el ácido lipoico. Su dosis de vitamina C fue aumentando hasta recibir 50 gramos en 500 c.c. de agua destilada dos veces por semana. Continuó con esa dosis durante 11 meses. Tres meses después de empezar la terapia con vitamina C la tomografía no mostró ninguna evidencia de malignidad. Otro examen en febrero de 1999 también indicó que estaba limpio y fue declarado en remisión completa por su oncólogo. También hay que notar que este paciente era adicto a las pastillas de dormir cuando llegó por primera vez al centro. Después de 3 meses de terapia con vitamina C intravenosa reemplazó las pastillas de dormir con té de Kava".

Llegados a este punto hay que aclarar que según los investigadores del Bio Communications Research Institut **la aplicación intravenosa de la vitamina C debe hacerse a través de goteo y nunca inyectándola de forma directa en vena ni intramuscularmente.**

Y debe hacerse siempre **de manera progresiva** para no producir reacciones adversas siendo la dosis inicial recomendada de 15 gramos diarios. "Nosotros -puede leerse en *Clinical and Experimental Experiences with intravenous Vitamin C*- generalmente aplicamos ácido ascórbico mezclado con lactato de Ringer hasta 15 gramos y en agua estéril para cantidades más grandes. Usamos una mezcla de ascorbato de sodio que contiene 0.91 moles de sodio por mol de ascorbato". Eso sí, después de explicar el protocolo utilizado en el tratamiento intravenoso con vitamina C los autores recuerdan que "el tratamiento nunca debe reemplazar a un tratamiento eficaz ya probado. Sólo debe ser considerado en los casos de fracaso del tratamiento convencional, los casos sin tratamientos eficaces conocidos y los casos en que se use como un adyuvante a los tratamientos ya probados". ¿Y eso por qué? Pues porque la Oncología está dispuesta a que se use cualquier cosa como coadyuvante pero nunca como tratamiento alternativo en exclusiva. ¡Hay que preservar el negocio!

Debemos agregar que existe mucha más literatura sobre la aplicación intravenosa de la vitamina C -con resultados similares- pero sin lugar a dudas la experiencia del *Bio Communications Research Institut* en este campo sirve de ejemplo. Bienvenidas sean pues las nuevas aportaciones de Levinee avaladas por los *Institutos Nacionales de Salud (NIH)*... siempre que no se intente luego distorsionar la verdad, algo que en la historia de la vitamina C ha sido moneda corriente.

LA VITAMINA C, TÓXICO SELECTIVO

En suma, el trabajo de Levinee sobre las posibilidades terapéuticas de altas dosis de vitamina C por vía intravenosa en cáncer no es, como ya hemos visto, sino la confirmación -eso sí, aporta el aval de los *Institutos Nacionales de la Salud (NIH)*- de investigaciones ya realizadas. Porque ni siquiera es nueva la afirmación de que la efectividad antitumoral de la vitamina C procedería de su papel como mecanismo para la liberación de peróxido de hidrógeno (H_2O_2) y que es éste el que destruye las células tumorales. Ya en el número de agosto de 1997 de la revista *Prostate* aparecía publicado un artículo titulado *Effect of vitamin C on prostate cancer cells in vitro: effect on cell number, viability, and DNA síntesis* en cuyas conclusiones se afirma: "*La vitamina C inhibe la división y el crecimiento celular a través de la producción de peróxido de hidrógeno el cual daña a las células a través de un mecanismo aún no identificado de generación de radicales libres. Nuestros resultados sugieren que el ácido ascórbico es un potente agente anticancerígeno contra las células del cáncer de próstata*". Y en esa misma línea apuntaba el estudio del *Bio Communications Research Institut* titulado *Intravenous Ascorbate as a Chemotherapeutic and Biologic Response Modifying Agent* del mismo año en el que se afirmaba: "*Las células tumorales son susceptibles a la peroxidación producida por altas dosis de ascorbato*".

Y, por cierto, resulta especialmente interesante constatar que el trabajo de Levinee tiende un puente hacia otra de las denominadas terapias alternativas contra el cáncer, la Oxigenoterapia, que desde hace tiempo utiliza precisamente el peróxido de hidrógeno para combatir el cáncer.

Aclararemos a las personas no versadas que la fórmula química del peróxido de hidrógeno es H_2O_2 . Contiene pues un átomo más de oxígeno que el agua (H_2O). Y por eso en determinadas circunstancias el peróxido de hidrógeno se descompone en agua (H_2O) y oxígeno (O) siendo su uso más común el de la llamada agua oxigenada. De hecho, las burbujas que observamos al aplicar agua oxigenada sobre una herida son consecuencia del oxígeno que procede de la descomposición del peróxido en agua y oxígeno siendo por eso por lo que es capaz de destruir las bacterias presentes en la herida. Sólo que en la naturaleza

el oxígeno (O₂) tiene dos átomos -una combinación muy estable- mientras un solo átomo de oxígeno resulta muy reactivo (de hecho, es conocido como *radical libre*).

Y los radicales libres no gozan precisamente de buena fama. Todos hemos oído decir que son responsables de gran parte de las enfermedades conocidas. ¡Hasta del envejecimiento! Lo que muchos ignoran, sin embargo, es que nuestros cuerpos producen y usan esos mismos radicales libres para destruir bacterias, virus, y hongos. De hecho, las células de nuestro sistema inmune (macrófagos y leucocitos) responsables de combatir las infecciones y los invasores extranjeros de nuestro organismo fabrican peróxido de hidrógeno y lo usan para oxidar-eliminar a cualquier invasor que se presente. Siendo pues la capacidad de nuestras células para producir peróxido de hidrógeno esencial para la vida. El peróxido de hidrógeno no es, por consiguiente, ningún derivado indeseable ni ningún tóxico dañino sino un requisito básico para tener buena salud y por eso se encuentra presente en muchos de los procesos metabólicos.

Lo singular es que la base teórica de la utilización del peróxido de hidrógeno como terapia contra el cáncer fue fruto del trabajo de **Otto Warburg**, Premio Nobel de Medicina en 1931! por describir los mecanismos de la respiración celular. Warburg observó que las células cancerosas tienen una tasa de respiración más baja que las células normales por lo que dedujo que crecen bien en ambientes bajos en oxígeno y que introduciendo niveles de oxígeno más altos se puede retrasar su crecimiento o, incluso, eliminar las células tumorales.

También comprobó que para obtener oxígeno del peróxido de hidrógeno es necesaria una enzima denominada catalasa. Pues bien, en un trabajo realizado por los doctores **Joseph A. Tur, Antoni Pons, Pedro Tauler Riera y Antoni Aguiló** -miembros del grupo de investigación en Nutrición Comunitaria y Estrés Oxidativo del *Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS)* de las Islas Baleares- puede estar una de las claves del proceso de formación del peróxido de hidrógeno a partir de la vitamina C. *"Se han obtenido evidencias -afirmarían- de que la vitamina C provoca un incremento de los neutrófilos después de una actividad física extenuante y, por tanto, de sustancias antioxidantes endógenas. Los experimentos realizados con buceadores lo confirma: aquellos cuya dieta estaba suplementada con vitamina C tenían más catalasa en sangre, secretada por los neutrófilos"*. Una afirmación que, por cierto, establece un claro hilo conductor entre la vitamina C y la importancia de los neutrófilos para combatir el cáncer, base de la teoría del físico español **Antonio Brú** sobre la inhibición del crecimiento tumoral (*lea el artículo publicado sobre ello en la sección "Cáncer"*).

A pesar de ello la terapia con peróxido de hidrógeno es muy discutida.

Sus defensores, sin embargo, la aplican tanto de forma intravenosa como oralmente. En todo caso, ambos medios requieren un peróxido de hidrógeno de calidad pura, diferente desde luego del que uno puede comprar para el tratamiento tópico de heridas. De hecho, el 3% de peróxido de hidrógeno que se obtiene en las farmacias contiene también otros productos que son peligrosos -entren en el organismo por vía intravenosa o por vía oral- aunque la posibilidad de ingerirlo oralmente divide incluso a quienes sostienen la eficacia del peróxido de hidrógeno como terapia por los posibles peligros que puede presentar para el paciente. El doctor **C. H. Farr** -uno de los defensores de la terapia por vía intravenosa y autor de *The Therapeutic Use of intravenous Hydrogen Peroxide*- recomienda trabajar a partir de una pureza en el producto de un 30% que, sometido a diversas etapas de manipulación, produce una concentración del 0'0375 % por cada 100 ml. en los preparados intravenosos.

Hasta aquí, de momento, nuestro acercamiento al peróxido de hidrógeno. Cabe recordar, en todo caso, que si la penicilina es eficaz contra las infecciones se debe principalmente a la formación de H₂O₂ cuando la glucosa es oxidada por el oxígeno en presencia de la penicilina. Y que algo similar podríamos señalar respecto al interferón ya que gran parte de su eficacia se debe al hecho de que también estimula la producción de peróxido de hidrógeno. Con lo que podría resultar que el interferón no es, simplemente, sino una manera más cara de lograr lo mismo que con la terapia de peróxido de hidrógeno o con vitamina C.

LA VITAMINA C INGERIDA

Que la ingesta de vitamina C es fundamental para nuestra salud ya no se discute. Hoy sabemos además que puede encontrarse en forma de ácido ascórbico, ascorbato cálcico, ascorbato sódico, ácido cevitámico o ácido hexurónico. Y que uno de sus papeles más importantes es su intervención en la formación de colágeno, proteína imprescindible en los tejidos que dan soporte a nuestro organismo: cartílagos, matriz ósea, ligamentos, piel, tendones, paredes arteriales, etc. Precisamente por eso otro de los grandes investigadores del uso de la vitamina C, el doctor **Matías Rath** -lea lo publicado sobre él en nuestra web: www.dsalud.com-, considera su ingesta enormemente beneficiosa tanto en casos de cáncer como en las patologías cardiovasculares. Y es que Rath sostiene que tanto las enfermedades infecciosas como el cáncer se expanden por el organismo disolviendo el colágeno del tejido conjuntivo adyacente. Es decir, para que una infección -esté producida por un virus o una bacteria- o un grupo de células cancerígenas puedan diseminarse por el organismo deben ser capaces de disolver temporalmente el colágeno del tejido circundante que les rodea.

Deben "abrirse camino". Para lo cual utilizan unas enzimas -proteínas- susceptibles de disolver y debilitar provisionalmente el colágeno y que por eso se conocen como "enzimas disolventes de colágeno". Y una de las consecuencias de la ingesta de vitamina C es precisamente reponer el colágeno deteriorado.

En esa misma línea, el doctor **Ewan Cameron** -uno de los pioneros en el estudio de la vitamina C- planteó que las células cancerosas excretan *hialuronidasa*, una enzima capaz de deteriorar el colágeno y las fibras que constituyen su estructura para crear el espacio necesario para el crecimiento del tumor.

Además la vitamina C interviene en numerosos procesos metabólicos siendo de gran importancia **el reforzamiento del sistema inmune, la producción de neutrófilos y el aumento de la síntesis de interferón** (factor celular que interfiere con la capacidad de una amplia gama de virus para infectar las células y que posee propiedades inmunomoduladoras, antiproliferativas y antivirales). No olvidemos, por otra parte, que un déficit de vitamina C dificulta la labor de producción de los fagocitos encargados de digerir y destruir los microorganismos patógenos que haya en el organismo. Por eso el papel de la vitamina C -tanto a nivel preventivo como herramienta terapéutica- está cada vez más asociado a un mayor número de patologías, desde la artritis al alzheimer pasando, claro está, por el cáncer.

Debemos añadir que en los últimos años se han realizado más de un centenar de investigaciones sobre la eficacia de la vitamina C en diversos tipos de cáncer aunque lo cierto es que aún no se han llevado a cabo los grandes ensayos que den respaldo oficial a lo que se sabe. Y no por falta de iniciativas sino de fondos. La razón la expresaba mejor que nadie **Linus Pauling**, considerado el mayor impulsor del uso de la vitamina C y dos veces galardonado con el Nobel -el de Química en 1954 por sus investigaciones sobre la estructura de las moléculas de las proteínas y el de la Paz en 1962 por su contribución al desarme mundial-, cuando, invitado por el *Instituto Nacional del Cáncer*, dictó en 1990 una conferencia en la que afirmó: *"Es muy interesante estar aquí ya que durante diez años o más ustedes se han negado a cada de una mis peticiones para obtener fondos con los que investigar bien la vitamina C"*.

Afortunadamente, a pesar de todo, los estudios siguen apareciendo en un interminable goteo. Uno de los últimos -realizado por el *US National Cancer Institute* y el *National Public Health Institute of Finland*- concluyó a finales del pasado año y dejó claro que la ingesta de vitamina C reduce en un 45% la formación de cáncer de estómago, uno de los más frecuentes a nivel mundial. En Japón, por ejemplo, la tasa de cáncer es bastante más alta que en Occidente y los

investigadores han llegado a la conclusión de que probablemente se deba a que su dieta es más salada y consumen poca vitamina C. Y como ésta existen multitud de investigaciones que apuntan la importancia de la ingesta de vitamina C a la hora de prevenir y tratar gran número de cánceres. Unos han demostrado en animales su eficacia en cánceres de colon, riñón y vejiga. En ratones expuestos a fibra de vidrio en polvo se comprobó que la vitamina C inhibe significativamente el cáncer de pulmón. También se ha observado que los animales tratados con vitamina C encapsulan los tumores. Y, por supuesto, que es eficaz en la prevención del cáncer de piel. Es más, hay estudios que señalan que la vitamina C es citotóxica al menos para varias líneas de células malignas: melanoma, sarcoma, fibrosarcoma, y leucemia linfoblástica aguda. La lista de estudios y publicaciones sobre ello es interminable.

Los defensores de la ingesta de suplementos de vitamina C sostienen también -desde hace tiempo- que los enfermos de cáncer presentan un nivel significativamente reducido de vitamina C en plasma y que administrar grandes dosis de la misma puede corregir esos niveles y mejorar el sistema inmune además de otras funciones fisiológicas. Con la tranquilidad de saber que el exceso es eliminado sin problemas por el organismo.

Estudios clínicos realizados por los doctores **Ewan Cameron** y **Linus Pauling** ya mostraron en su día que pacientes con cáncer terminal que fueron suplementados con 10 gramos diarios de vitamina C sobrevivieron mucho más tiempo que los que, en su misma situación, no tomaron suplementos de esta vitamina.

El Dr. **Abraham Hoffer** -otro de los grandes defensores de la vitamina C y amigo de Pauling- afirma haber tratado a más de 1.000 pacientes de cáncer con vitamina C desarrollando además una dieta que fue apoyada públicamente hasta por Pauling. Un régimen que complementaba con la ingesta diaria de 12 gramos de vitamina C, 800 unidades de vitamina E y entre 1 y 2 gramos de niacina así como gran cantidad de vitaminas del grupo B y vitamina A en forma de betacaroteno.

SIN ACUERDO SOBRE LA DOSIS

Hoy la polémica sigue situándose en la cantidad máxima de vitamina C que puede o debe ingerirse diariamente. Pues bien, *Medline Plus* -uno de los referentes de la búsqueda de documentación médica en Internet- afirma en su última actualización: *"Ingerir altas dosis de vitamina C no produce generalmente toxicidad porque al ser una vitamina soluble en agua se expulsa sin más a través de la orina. Sólo las personas que tienden a padecer de cálculos en el riñón pueden encontrar que su situación se agrava con los suplementos de vitamina*

C al tomarla en megadosis." Y Linus Pauling, por su parte, afirmaba: "Las investigaciones demuestran que no hay riesgo de toxicidad ni reacciones adversas peligrosas. Multitud de personas toman hasta 100 gramos diarios sin mayores consecuencias. Quienes tomen de 10 a 20 gramos al día pueden notar un leve efecto laxante. Ese efecto es precisamente el baremo que establece la cantidad que una persona puede administrar a su organismo por vía oral. Sin embargo, las personas que sufren una enfermedad grave poseen mayor tolerancia intestinal y admiten dosis más elevadas. En cualquier caso, tomar la vitamina C con alimentos o después de comer reduce esa reacción (...) Creo que todos los adultos estadounidenses deberían tomar al menos tres gramos diarios de vitamina C. Pero recuerden: tres gramos son mejor que uno y seis son mejor que tres".

A pesar de lo cual las cifras actualmente recomendadas son inexplicablemente restrictivas y se hallan muy lejos de las sugeridas por Pauling. En España, por ejemplo, seguimos con el límite acordado en 1992 que es de sólo 60 mg. diarios mientras en Estados Unidos -como antes comentamos- se ha subido a 90 mg. en el caso de los hombres y a 75 mg, en el de las mujeres.

¿Y qué opinan sobre ello los expertos al margen de lo oficialmente sugerido? **Levinee** recomienda 200 mg. diarios; la *Vitamin C Foundation* 3.000 mg diarios (3 gramos); el Dr. **Thomas E. Levy** -otro de los grandes especialistas en vitamina C- entre 6.000 y 12.000 mg. diarios (entre 6 y 12 gramos); Linus Pauling entre 6.000 y 18.000 mg diarios (entre 6 y 18 gramos).

Agregaremos que la *Vitamin C Foundation* propone ingerir diariamente entre 6.000 y 18.000 mg (de 6 a 18 gramos) en caso de enfermedades cardiovasculares y de 14.000 a 30.000 mg. diarios (entre 14 y 30 gramos) en caso de cáncer.

Por su parte, el Dr. **Robert Cathcart** y el Dr. Levy aconsejan entre 20.000 y 300.000 mg diarios (entre 20 y 300 gramos) para combatir las enfermedades infecciosas.

Casi todos coinciden, en cualquier caso, en que el nivel de tolerancia a la vitamina C depende de cada persona y que la dosis máxima que un organismo puede absorber lo indica el efecto laxante que aparece cuando la ingesta es excesiva.

LA DISCUSIÓN ALIMENTA LAS GANANCIAS

Lo lamentable es que toda esta discusión favorece sólo a las multinacionales farmacéuticas. Porque mientras la polémica sobre las dosis mínimas y máximas continúe la vitamina C se seguirá moviendo en el campo de lo complementario y no jugará el papel en la prevención y tratamiento de algunas patologías que le corresponde. No será, en suma, competencia para los fármacos. Claro que no se trata

de una historia nueva. Porque en cuanto un producto natural no patentable y sin efectos secundarios demuestra eficacia en cualquier patología... aparece rápidamente un estudio que pone en entredicho el trabajo realizado y, si se considera necesario, se pone también en duda la valía de quienes lo han desarrollado, o la metodología, o el rigor con el que se hizo, o la credibilidad de la publicación donde el trabajo apareció publicado...

La historia está ahí para demostrarlo. En 1976 Linus Pauling y Evan Cameron publicaron un estudio realizado en el *Vale of Leven Hospital* de Loch Lomondside (Escocia) sobre el nivel de supervivencia de 100 pacientes enfermos de cáncer en fase terminal a los que se administró vitamina C en forma de ascorbato de sodio frente a un grupo testigo de pacientes en un estado terminal similar, todos ellos tratados por los mismos médicos en el mismo hospital y de forma idéntica excepto en lo relativo a la vitamina C. Y los resultados fueron sorprendentes: 18 de los 100 pacientes tratados con vitamina C sobrevivieron. Más aún, los pacientes tratados con ascorbato sódico vivieron por término medio 300 días más que el resto y con mejor calidad de vida. Un estudio posterior de ambos efectuado en 1978 arrojaría resultados similares. Bueno, pues a pesar de que ningún producto quimioterápico conseguía tan buenos resultados los médicos hicieron caso omiso.

Y es que admitir a la vitamina C entre los protocolos de tratamiento del cáncer hubiera resultado ruinoso para la industria farmacéutica. La "solución" fue la de siempre: un ensayo a doble ciego realizado rápidamente en la *Clínica Mayo* por **Creagan, Moertel, O'Fallon, Schutt, O'connell, Rubin y Frytak**. Dado a conocer al año siguiente -en 1979- descorazonó a los médicos y pacientes que creían que se había encontrado un tratamiento realmente útil para afrontar el cáncer. Sólo que ese estudio no había reproducido las condiciones del efectuado por Pauling. Es más, hubo una diferencia muy importante entre ambos: en el estudio de la *Clínica Mayo* 52 de los 60 pacientes habían recibido quimioterapia previamente, algo que sólo había ocurrido en 4 de los 100 pacientes tratados por Pauling. Años después -en 1985- la *Clínica Mayo* hizo un nuevo estudio coordinado esa vez por **Moertel**.... pero tampoco de la manera adecuada. Pauling denunciaría que durante el mismo la ingesta de vitamina C se mantuvo sólo durante 10 semanas -de promedio- y que los pacientes tratados con vitamina C ihabían dejado de recibirla diez meses antes de su fallecimiento! Sin embargo, a pesar de esas irregularidades en ambos casos las protestas y denuncias de Pauling y sus colaboradores no fueron atendidas ni publicadas.

La vitamina C dejó de ser así para el público una posible solución y la industria y los oncólogos respiraron tranquilos. Y no sólo eso: el avance de la vitamina C se convirtió a partir de ese momento en una

auténtica carrera de obstáculos. *"Podemos preguntarnos -declararía Pauling- por qué médicos y autoridades en Nutrición se muestran tan poco entusiastas respecto a esta sustancia. Probablemente uno de los factores haya sido la falta de interés por parte de las compañías farmacéuticas hacia una sustancia natural que se obtiene a bajo precio y que se puede fabricar sin necesidad de licencia especial. ¡Qué pena!"*.

Obviamente a día de hoy la vitamina C sigue siendo objeto de acoso. Por ejemplo, sosteniendo que una ingesta excesiva podría aumentar la excreción de ácido úrico y de oxalato. O que la ingesta de dosis elevadas podría estar contraindicada en casos de insuficiencia renal crónica por posible formación de piedras en el riñón así como en aquellos pacientes que están siendo tratados con anticoagulantes. Algunos han ido incluso más lejos y se aferran al estudio que **Ian Podmore** y su grupo de colaboradores publicaron en *Journal Nature* en abril de 1998 según el cual un exceso de vitamina C podría causar daño genético en las personas y, por consiguiente, cáncer. En aquel trabajo se analizaron dos indicadores diferentes del daño oxidativo en el ADN: 8-oxoadenina y 8-oxoguanina. Se afirmaba que con el suplemento de vitamina C el nivel de 8-oxoadenina aumentó -indicativo de un incremento del daño oxidativo en el ADN- mientras el de 8-oxoguanina disminuyó -indicativo de disminución del daño oxidativo del DNA-. Con lo que los investigadores llegaron a la conclusión de que una dosis diaria de 500 mg de vitamina C oxida el cuerpo y causa daño genético si bien reconociendo que a dosis inferiores a 500 mg diarios predominarían los efectos antioxidantes positivos.

El estudio, sin embargo, fue muy criticado y acusado de parcialidad. No sólo no entraba a valorar la capacidad como antioxidante y los beneficios de la vitamina C sino que ni tan siquiera trataba de exponer las consecuencias biológicas de la disminución de la 8-oxoguanina y el aumento de la 8-oxoadenina. De hecho, un grupo de científicos del *Instituto de Tecnología de Massachusetts* demostraría posteriormente que la 8-oxoguanina tiene un poder mutagénico mucho mayor que la 8-oxoadenina (asociada a la vitamina C). Es decir, que la probabilidad de causar daños genéticos que pudieran desencadenar un cáncer es 10 veces mayor con la 8-oxoguanina que con la 8-oxoadenina (asociada a la vitamina C). El estudio demostraba así que tomar suplementos de vitamina C es beneficioso porque las ventajas obtenidas con la disminución de los niveles de la 8-oxoguanina es mucho más importante que los efectos adversos del aumento de los niveles de 8-oxoadenina.

En el estudio de Podmore se cometieron además importantes errores metodológicos como ya ocurriera en los estudios anteriores realizados

para tratar de demostrar la ineficacia de la vitamina C o su peligro en altas dosis. En primer lugar no cumplía las normas de la FDA para evaluar la eficacia y seguridad de una droga, el estudio no era ni aleatorio ni a doble ciego y ni siquiera existía grupo de control que tomara un placebo. En suma, la afirmación de que la ingesta de vitamina C en cantidades superiores a 500 mg por día es perjudicial se basa en supuestos no probados, un diseño del estudio inaceptable y una metodología inexacta. La advertencia de sus autores sobre los suplementos con esta vitamina no está, por tanto, justificada. Pero ahí quedó como referencia durante muchos años.

Para quienes han estudiado el tema a fondo, en cambio, la duda no existe: la vitamina C es inocua y eficaz en el tratamiento de numerosas patologías, incluido el cáncer.

Antonio F. Muro



Cáncer: ¿qué es y qué lo causa? (XXXVI)

¿ES EL ENSUCIAMIENTO CELULAR LA CAUSA DE MUCHOS CÁNCERES?

Para el doctor Jean Seignalet -conocido autor del libro La alimentación, la 3ª Medicina- el "ensuciamiento de las células" es la principal causa de la mayoría de las enfermedades reumatológicas, neuropsiquiátricas y autoinmunes además de ser el origen de más del 65% de los cánceres, entre otras patologías. "Ensuciamiento" que provoca los daños en el ADN que lleva a las células a cancerizarse y que está causado principalmente por las macromoléculas bacterianas y alimentarias procedentes de la alimentación moderna que traspasan el intestino delgado y terminan acumulándose en el organismo. Se lo explicamos en detalle.

Jean Seignalet ocupa en Francia -por méritos propios- un destacado lugar en la Historia de la Medicina. Y es que no fue -falleció en Montpellier en julio del 2003- un médico cualquiera. Nacido el 9 de octubre de 1936 lograría -tras obtener la licenciatura y el doctorado- la cátedra de Medicina de la Universidad de Montpellier, ciudad en la que

trabajó además como médico interno. Durante 30 años dirigió el laboratorio de Histocompatibilidades del *Hospital de Montpellier*. Jefe de Asistencia Clínica, hematólogo, inmunólogo y, posteriormente, biólogo en hospitales de alto nivel fue pionero en su país en el transplante de órganos y tejidos, en especial los renales. Autor de más de doscientas publicaciones en las principales revistas médicas en lengua inglesa y francesa su actividad médica siempre estuvo relacionada con la Química y la Biología. Sin embargo, lo que realmente le haría progresar en el ámbito de la Medicina fue -como en tantos otros casos- su propia experiencia. Y es que Seignalet superaría una grave depresión nerviosa merced a un régimen alimenticio rico en productos crudos que excluía los cereales y los productos lácteos... llegando a la conclusión de que sus sufrimientos habían tenido mucho que ver con una mala nutrición.

De naturaleza curiosa e intrigado por el hecho de que la Medicina moderna sea incapaz siquiera de dar respuesta al origen de la mayor parte de las patologías y se limite a aliviar síntomas decidió aplicar sus conocimientos multidisciplinarios a establecer si existe o no relación entre ellas y la dieta. Algo que hasta el final de su vida estuvo investigando. Y eso que ya a partir de 1985 había orientado todas sus investigaciones hacia la Nutrición y su relación con las enfermedades. Pues bien, tras examinar a sus pacientes durante años llegó a la -para muchos- sorprendente conclusión de que en la gran mayoría de las ocasiones enfermedades como la poliartritis reumatoide, la espondilitis anquilosante, la esclerosis múltiple, la depresión nerviosa, la psicosis maniacodepresiva, la esquizofrenia, el Alzheimer, el cáncer y muchas otras tienen un origen común: la alimentación actual y el ensuciamiento celular al que da lugar. Su experiencia y conclusiones, apoyadas en cientos de referencias científicas, se encuentran expuestas en su obra *La alimentación, la 3ª Medicina*.

Sí, incluido el cáncer. Y esa afirmación no la hace un médico cualquiera. El prestigio en el ámbito científico de Jean Seignalet está hoy por encima de toda duda. Y queremos recalcarlo porque sabemos bien que cuando alguien que no es oncólogo decide adentrarse en el oscuro mundo del cáncer su aportación suele ser recibida con escepticismo cuando no con abierta hostilidad.

Bueno, afortunadamente no en todos los casos. Porque **Henri Joyeux** -profesor de Oncología y Cirugía Digestiva de la Facultad de Medicina de Montpellier y director del *Laboratorio de Nutrición y Oncología Experimental* desde 1980 en el *Instituto del Cáncer* de Montpellier- escribió el prólogo a la quinta edición del libro de Seignalet y no dudó en afirmar lo siguiente. "*La inmensa experiencia de Seignalet le ha permitido poner en entredicho los falsos acervos y penetrar en los numerosos 'no dichos' de la medicina moderna. ¡Quién se atrevería a*

decir que los oncólogos son tan numerosos porque hay cada vez más cánceres y que las esperanzas de curar un cáncer de pecho o cerebro hoy no son mejores que hace veinte años! Su obra, muy documentada, realmente científica, está al alcance de todos los que reflexionan sobre la medicina del tercer milenio sin tener la 'nariz clavada sobre el cristal' de su especialidad o sobre la última revista que pretende atraer lectores haciéndoles creer que mañana la ciencia solucionará todos los problemas. Jean Seignalet demuestra con la lógica de la sensatez que la alimentación puede ser la mejor o la peor de las cosas. Algunos, ineficaces científicamente, en particular en Nutrición, se ridiculizaron a sí mismos queriendo pervertir su mensaje pero ninguno de sus numerosos colegas puso en duda sus teorías y tratamientos. Al contrario, como yo, le confiamos los enfermos a los que no sabíamos aliviar".

Tras muchos años de estudio y desde la visión global que le permitía su amplio conocimiento multidisciplinar Seignalet se encontró con que sólo una mínima parte de las patologías inexplicadas puede realmente deberse a la herencia genética. Y después de un proceso de descarte llegó a la conclusión de que los llamados *genes de susceptibilidad* -factores hereditarios- no permiten explicar por sí mismos el origen de las numerosas enfermedades idiopáticas -es decir, de etiología desconocida- que existen. Además para su desarrollo es imprescindible la intervención de factores medioambientales. Y cuando son eliminados la mayoría de ellos -radiaciones, productos químicos, tabaco y otros tóxicos- lo que queda al descubierto es que el mecanismo de desarrollo de la mayor parte de las enfermedades, incluido el cáncer, tiene un mismo origen: la alimentación moderna. Con un lugar común donde todas ellas se inician: el intestino delgado. Sus investigaciones y experiencias clínicas han aportado pues carácter científico a la famosa recomendación de **Hipócrates** -"Que tu alimento sea tu medicina"- demostrando de paso a médicos y pacientes que la medicina del futuro pasa por cambiar nuestros hábitos alimenticios y evitar el ensuciamiento celular que provocan.

EL INTESTINO DELGADO Y EL ENSUCIAMIENTO CELULAR

Seignalet afirma que la Medicina moderna está muy lejos de dar la importancia que realmente tiene al intestino delgado como parte fundamental de la salud y que, como consecuencia, los enfermos no son capaces de valorar los problemas que implica su mal funcionamiento. Sería una lástima pensar que es simplemente la asociación subconsciente entre intestino y desperdicios la que ha provocado tal ignorancia. Más bien puede que sea el resultado de no haberse preocupado hasta hace bien poco de las profundas consecuencias que la alimentación moderna tiene sobre nuestra salud.

Sin embargo, queda mucho camino que recorrer. La Nutrición es mucho más que limitar la sal a los hipertensos, el azúcar a los diabéticos o las grasas a los obesos. *"El intestino delgado -señala Seignalet- merece un estudio detallado ya que es, a mi parecer, un órgano clave. La mucosa del intestino delgado sirve de barrera entre el medio interior del organismo y los peligrosos factores del medio ambiente: bacterias y alimentos. Y en la mayoría de las personas esa barrera desempeña mal su papel y permite que la atraviesen demasiadas macromoléculas. Bien, pues algunas de esas sustancias son nocivas y su acumulación, junto con factores hereditarios favorables, produce numerosas enfermedades".*

Claro que la mucosa del intestino delgado es -junto a la mucosa de los alvéolos pulmonares- la más frágil de nuestro organismo por su enorme superficie -100 metros cuadrados- y su extrema delgadez -0.025 milímetros-. Además, lejos de ser un órgano de absorción selectiva permite con frecuencia el paso de moléculas que pueden provocar hasta reacciones alérgicas. Normalmente su permeabilidad está garantizada por péptidos (cadenas de aminoácidos) reguladores procedentes del sistema nervioso central y de células endocrinas presentes en el sistema digestivo y el páncreas pero puede llegar a volverse muy permeable a causa de la agresión de distintos elementos como algunas bacterias (estafilococos, colibacilos, estreptococos, etc.), algunos medicamentos (antiinflamatorios no esteroideos, salicilatos y corticoides) y distintas situaciones de estrés ante las que el organismo genera como respuesta interferón gamma capaz de modificar la permeabilidad de la mucosa a través de un cambio en su resistencia eléctrica. Pero, sobre todo, es la alimentación moderna la que juega un papel fundamental en la permeabilidad de la mucosa.

Es sabido que nuestros hábitos alimenticios han sufrido grandes cambios a lo largo de los siglos con la aparición reciente de nuevos productos, las modificaciones impuestas en los alimentos por las modernas técnicas de agricultura, ganadería e industria, el uso de pesticidas, la alteración genética de los alimentos, los métodos de conservación, la agregación de químicos (conservantes, espesantes, acidulantes, etc), la actual forma de preparación con técnicas de cocinado a altas temperaturas... Y sin embargo esos cambios -desarrollados principalmente en los últimos 5.000 años pero mucho más aceleradamente en el último siglo- no se han visto acompañados por modificaciones sustanciales en la biología de nuestro organismo que no deja de ser el producto de un lento proceso de evolución de millones de años. *"La alimentación moderna es rica en macromoléculas -escribe Seignalet- para las que enzimas y mucinas no suelen estar adaptadas. Y es falsa la creencia de que el organismo humano es capaz de asimilar sin peligro cualquier clase de alimentos.*

La adaptación será muy larga en algunos casos e imposible en otros". La alimentación moderna, según Seignalet, influye de forma negativa en el intestino delgado principalmente de dos maneras:

- 1)** Al no estar las enzimas digestivas adaptadas a la estructura de las macromoléculas de algunos nuevos alimentos su digestión termina siendo incompleta. Y como consecuencia hay en el cuerpo un exceso de macromoléculas no digeridas que dañan las células.
- 2)** Los nuevos hábitos y productos tienden a modificar la flora intestinal convirtiéndola en flora de putrefacción favorecedora de bacterias peligrosas. Está comprobado que un régimen rico en carne, por ejemplo, favorece la flora de putrefacción mientras que un régimen rico en vegetales induce la proliferación de una flora de fermentación. La acción de nuestro sistema inmune acaba provocando además un exceso de macromoléculas bacterianas.

Este contenido intestinal anormal termina por agredir a la mucosa del intestino delgado provocando a través de la destrucción o deterioro de los enterocitos -los ladrillos de la mucosa- una hiperpermeabilidad intestinal y la filtración excesiva de residuos de origen alimentario y bacteriano a la circulación general. Residuos que cuando sobrepasan la capacidad de eliminación de los emuntorios -aparato digestivo, riñones, hígado y piel principalmente- se acumulan de forma paulatina produciendo lo que Seignalet denomina *ensuciamiento celular*. Seignalet constató también que una vez en la circulación general las moléculas residuales cuya estructura difiere del organismo huésped permanecen en el medio extracelular produciendo los siguientes efectos nocivos:

- ▶ Modificación de la composición del medio.
- ▶ Cambios en la matriz extracelular.
- ▶ Dificultades de comunicación a distancia entre las células.
- ▶ Fagocitosis de algunas partículas lo cual consume energía y produce radicales libres.

Por el contrario, las moléculas cuya estructura es similar a la del organismo huésped pueden unirse a la membrana celular desencadenando señales bioquímicas erróneas o, incluso, penetrar en el citoplasma y el núcleo creando situaciones de alto riesgo:

- ▶ Inhibición de la acción de algunas enzimas lo cual obstaculiza el desarrollo normal del metabolismo celular.

- ▶ Bloqueo de algunos factores no enzimáticos.
- ▶ Acción sobre los genes, tanto en su estructura como en su regulación.
- ▶ Consumo excesivo de energía con disminución paulatina de su producción.
- ▶ Aumento de radicales libres.

Como es lógico las patologías iniciadas por este ensuciamiento -extra e intracelular- necesitan tiempo para manifestarse por lo que habitualmente predominan en adultos y ancianos. *"Y el resultado final -escribe Seignalet- es el sufrimiento, la muerte o la transformación de las células del mismo modo que la filtración repetida de granos de arena en un motor acaba por atascarlo o ensuciarlo e impide que funcione con normalidad".*

ORIGEN COMÚN, ENFERMEDADES DIFERENTES

Pasando de lo general a lo singular Seignalet fue comprobando la relación existente entre determinado tipo de moléculas residuales y patologías concretas. Y observó como en función de la estructura de las moléculas procedentes del intestino, los mecanismos con los que éstas obstaculizan el funcionamiento de la célula, el tipo de enzimas afectadas y las distintas reacciones en las células, puede hablarse de tres grandes grupos de patologías diferentes sobre las que su dieta no produce buenos sino excelentes resultados:

1) PATOLOGÍAS AUTOIMMUNES Y REUMÁTICAS.

Las provocarían péptidos de origen bacteriano o alimenticio que tras atravesar la mucosa intestinal se unen a moléculas HLA (Antígenos de Leucocitos Humanos según las siglas en inglés) provocando una repuesta inmunitaria de los linfocitos T contra las células en las que se depositan esos péptidos:

- ▶ **Poliartritis Reumatoide.**

La causarían los péptidos de la bacteria *protéus mirabilis* al depositarse en las células del tejido sinovial y del cartílago tras unirse a las moléculas HLA-DR4 o HLA-DR1.

- ▶ **Espondilitis anquilosante.**

La causarían los péptidos de la bacteria *klebsiella pneumoniae* al depositarse en las células de las entesis -áreas donde los tendones y fibras se unen a los huesos- tras unirse a la molécula HLA-B27.

- ▶ **Enfermedad de Gougerot-Sjögren.**

La causarían péptidos bacterianos o alimenticios tras unirse a moléculas HLA-DR tras acumularse en las células epiteliales de las glándulas lacrimales y salivares.

- ▶ **Lupus Eritematoso.**

La alimentación sería el elemento a corregir con prioridad.

► **Esclerodermia.**

La causaría un péptido bacteriano o alimenticio de origen intestinal aún no identificado tras unirse a una molécula HLA-DR.

► **Esclerosis múltiple.**

Se trataría de una enfermedad multifactorial en la que -siempre según Seignalet- probablemente tenga mucha importancia una bacteria intestinal aún no identificada tras unirse a una molécula HLA-DR.

► **Enfermedad celiaca.**

La causarían los péptidos de la gliadina del gluten al depositarse en las células de la mucosa del intestino delgado tras unirse a moléculas HLA-DR53 o HLA-DQ2.

► **Miastenia.**

Asociada con la molécula HLA-DR3 parece estar relacionada ambientalmente con péptidos de las bacterias *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris* y *Klebsiella pneumoniae*.

► **Enfermedad de Basedow.**

La causarían los péptidos de la bacteria *Yersinia enterocolitica* al depositarse en las células tiroideas tras unirse a la molécula HLA-DR3.

► **Enfermedades en las que según Seignalet la dietética debería probarse como tratamiento curativo:**

Enfermedad de Addison idiopática, Síndrome de Goodpasture, Neuropatía membranosa, Nefrosis lipoidea, Glomerulopatías por complejos inmunes, Dermatitis bullosa, Arteritis temporal de Horton, Periartritis nudosa, Policondritis atrófica, Enfermedad de Biermer, Anemias hemolíticas y Granulopenias autoinmunes.

► **Otras enfermedades en las que según Seignalet la dietética debería probarse como tratamiento preventivo:**

Narcolepsia y Diabetes Tipo 1.

2) PATOLOGÍAS POR ENSUCIAMIENTO.

Las provocarían las moléculas no peptídicas que contienen ADN bacteriano, lipopolisacáridos bacterianos, productos procedentes de la reacción de Maillard (proceso térmico común que altera la estructura de un producto sometido a altas temperaturas durante un tiempo prolongado), isómeros de proteínas, glúcidos y lípidos. No desencadenarían la respuesta inmunitaria pero ensuciarían de manera progresiva el medio extracelular -bloqueando los receptores de membrana- e intracelular -acumulándose en el citoplasma y en el núcleo de las células-. Y como consecuencia pudiendo dar lugar a:

a) Patologías de ensuciamiento en Reumatología:

► **Fibromialgia primitiva:**

por ensuciamiento de los músculos, de los tendones y del cerebro.

▶ **Tendinitis:**

por ensuciamiento progresivo de los tendinositos.

▶ **Artrosis:**

por ensuciamiento de las células del cartílago.

▶ **Osteoporosis:**

enfermedad multifactorial en la que toxinas bacterianas y alimenticias activarían los osteoclastos e inhibirían los osteoblastos.

▶ **Gota:**

por ensuciamiento extra e intracelular lo que provocaría los cambios en las actividades enzimáticas que producen hiperuricemia.

b) Patologías de ensuciamiento en Neurología:

▶ **Cefalea, Depresión nerviosa endógena, Esquizofrenia, Migraña, Parkinson y Alzheimer:** todas ellas las provocarían el ensuciamiento de las neuronas.

c) Patologías de ensuciamiento no malignas:

▶ **Diabetes Tipo 2:**

por ensuciamiento del páncreas, de los músculos y de los tejidos adiposos.

▶ **Hipoglucemia, Hipercolesterolemia, Espamofilia y Arterioesclerosis.**

Si bien no ha identificado los péptidos causantes de estas patologías Seignalet afirma haber logrado también mejorías con el régimen ancestral pues es rico en alimentos protectores y pobre en alimentos peligrosos.

▶ **Disepsia, Litiasis biliar, Pancreatitis agudas y Hemopatías no malignas:**

ocurre lo mismo que en el caso anterior.

d) Patologías de ensuciamiento malignas:

▶ **Leucemias y algunos cánceres:**

Las causarían el ensuciamiento celular cuando provoca ya alteraciones genéticas que transforman la célula normal en maligna.

3) PATOLOGÍAS POR ELIMINACIÓN.

Se originarían cuando el organismo intenta expulsar los desechos nocivos que han llegado a la circulación general. Según Seignalet las macromoléculas que resisten la acción de las enzimas son transportadas enteras por macrófagos y polinucleares acompañados de linfocitos desde la sangre hasta el exterior a través de un emuntorio que acaba convirtiéndose en centro de una inflamación crónica.

▶ A nivel de la piel originando **acné, psoriasis, eccemas,**

queratodermia e ictiosis.

- ▶ A nivel del colon originando la **colitis**, la **enfermedad de Crohn**, **colopatía funcional**...
- ▶ A nivel de los bronquios originando la **bronquitis crónica**, el **asma**...
- ▶ A nivel de las mucosas auditiva, nasal, bucal, faríngea, laríngea y conjuntiva provocando **otitis**, **anginas**, **sinusitis**, **rinitis alérgica**, **infecciones repetitivas**, la **enfermedad de Behçet**, **conjuntivitis alérgica** o **aftas**.

ENSUCIAMIENTO MALIGNO: EL CÁNCER

Para Seignalet sólo entre el 5 y el 10 % de los cánceres son producidos por factores genéticos. Por tanto, los cánceres adquiridos (cerca del 95 %) -aunque se posean genes de predisposición- son causados esencialmente por algunos factores medioambientales: la alimentación, el tabaco, los contaminantes, etc. *"Las radiaciones -señala Seignalet-, los productos químicos, los virus y las bacterias no intestinales apenas pueden explicar alrededor del 40% de los cánceres adquiridos. Por ello para el 60 % restante me parece lógico considerar los residuos bacterianos y alimenticios de origen intestinal resultantes de la alimentación moderna"*.

En suma, el ensuciamiento celular provocaría que las grandes moléculas de origen alimenticio y bacteriano se incorporen a la circulación general al atravesar la mucosa intestinal y se depositen en distintos tejidos. Con lo que, por un lado, el ensuciamiento afectaría a la matriz extracelular impidiendo a las células sanas ejercer sus efectos reguladores sobre las células en curso de cancerización y, por otro, dificultaría el proceso puesto en marcha por el organismo para purificar el medio extracelular de las macromoléculas que lo entorpecen generando a su vez radicales libres, agresivos para las células vecinas y considerados cancerígenos por una amplia mayoría de la comunidad científica. *"El ensuciamiento extracelular probablemente sea en muy pocas ocasiones la causa directa de la formación de una célula maligna; sin embargo, cuando ésta aparece -matiza Seignalet- impide su apoptosis o su normalización y favorece su proliferación incontrolada"*. A su juicio es pues el ensuciamiento intracelular el que constituye la causa principal de la cancerización de una célula. Son las macromoléculas extrañas que se introducen en el interior de la célula las que generan o bloquean de forma progresiva procesos fundamentales como las señales de transcripción, las cascadas enzimáticas o el mismísimo ADN nuclear o mitocondrial. Con lo que la acumulación de residuos termina por romper los equilibrios fisiológicos generando el déficit de algunas reacciones y un exceso compensador pero patológico de otras reacciones. *"Mi convicción -señala a este respecto Seignalet- es que ese envenenamiento prolongado de una*

célula termina por provocar alteraciones del ADN nuclear y, en particular, la rotura de los enlaces hidrógenos entre las dos cadenas de ADN así como las anomalías genéticas (deleciones, mutaciones, modificaciones cromosómicas, amplificación excesiva o inestabilidad genética) que provocan cáncer".

Y por si fuera poca razón la interacción de los residuos con el ADN nuclear existe una segunda vía de cancerización iniciada por los propios mecanismos celulares puestos en marcha para intentar deshacerse de las macromoléculas. Para ello el organismo utiliza radicales libres capaces a su vez de dañar el ADN celular.

A todo lo cual hay que añadir que mientras un organismo sano utilizaría las células encargadas de la vigilancia inmunológica de los cánceres -los linfocitos TD8 y las células asesinas naturales- para deshacerse de las células tumorales e impedir su crecimiento... un organismo sucio tiene afectado su sistema de defensas.

RÉGIMEN CONTRA EL CANCER

En definitiva, si la contaminación y la alimentación moderna son en gran parte causa de la aparición del cáncer resulta obvio que la solución propuesta por el gran investigador francés sea -en buena medida- desandar lo andado. Así que, partiendo de los estudios sobre alimentación realizados por los reconocidos investigadores **Burger, Kousmine y Fradin** además de sus propias investigaciones, Seignalet elaboró un régimen alimenticio propio al que denominó Ancestral o Hipotóxico. "El objetivo de la dieta ancestral -diría- es limpiar las células sanas del organismo, las células que aseguran la vigilancia inmunológica del cáncer e, incluso, las cancerosas y las del estroma que las acompaña." ¿Y cuáles son los resultados según su experiencia? Seignalet habla sobre ello en distintos tipos de cáncer y fases de evolución:

1) En los casos de cáncer terminal (5 pacientes) la dieta ancestral. Obtuvo beneficios pero ninguno de los pacientes estudiados consiguió salvarse. Quizás porque se trataba de formas severas. Pero *"sin duda también -afirma- porque la Quimioterapia se opone a la acción de la dietética. El régimen tiene como objetivo reforzar la vitalidad de las células sanas, encargadas de eliminar o de normalizar a las células malignas. La Quimioterapia busca destruir las células malignas pero también agrede a las células sanas lo que va en contra del objetivo del régimen"*. El régimen, en cualquier caso, parece alargar el tiempo de supervivencia del paciente y disminuye su sufrimiento junto a otros medicamentos para el dolor.

2) En los casos de cáncer en remisión (17 pacientes) tras haber sido tratados con métodos convencionales ninguno de los enfermos -tras haber seguido la dieta ancestral- tuvo recidivas locales ni metástasis

hasta el momento de la publicación del libro.

3) También estudió casos de cáncer en evolución (8 pacientes) tratados únicamente con la dieta ancestral. Aunque nunca pidió a sus pacientes que abandonaran la Quimioterapia consiguió estudiar el efecto de su régimen en aquellos que por decisión personal o por no poder ser sometidos al mismo quedaron al margen de la Quimioterapia. Pues bien, en dos casos la evolución negativa no se modificó por el cambio de hábitos alimenticios pero sí en los seis restantes:

- ▶ Una mujer de 72 años con leucemia aguda mielomonocitaria mantenía tres años después la remisión completa.
 - ▶ En un hombre de 69 años con cáncer de próstata la remisión era total transcurridos cinco años.
 - ▶ En un segundo caso de cáncer de próstata hubo una rápida disminución del volumen del tumor y un retorno progresivo a la normalidad en los marcadores tumorales.
 - ▶ Una mujer de 47 años con cáncer de colon sigmoideo con un nódulo metastático hepático que llevaba un año sin recibir quimioterapia siguió la dieta ancestral y se verificó luego que el nódulo no había crecido con lo que se procedió a extraerlo. Dos años después la enferma seguía perfectamente.
 - ▶ Una mujer de 59 años con cáncer de mama y metástasis ósea, pulmonar y hepática que tras someterse a Quimioterapia recibió un pronóstico desesperanzador siguió la dieta y *"se obtuvo un éxito asombroso"*, según narra Seignalet en su libro: *"Cuatro meses después del comienzo del régimen desaparecieron las metástasis óseas, pulmonares y hepáticas. Las técnicas de diagnóstico médico mas avanzadas no encontraron el menor rastro. Desde entonces esa mujer se encuentra muy bien y de ello hace dos años"*.
 - ▶ Un hombre de 48 años con un hepatocarcinoma complicado con una hepatitis B y una cirrosis, a quien se le había extirpado la mitad derecha del hígado y que tenía en la izquierda dos nódulos cancerosos de 5 y 11 mm intratables que duplicaban su tamaño cada dos meses hizo la dieta y, primero, éstos disminuyeron su volumen y después se volvieron indetectables por resonancia magnética. Los marcadores tumorales confirmarían la desaparición de las células malignas. El resultado se mantenía un año después cuando las mejores expectativas en esos casos no pasan de seis meses.
- Tras explicar estos casos tratados por él Seignalet concluye que la alimentación de tipo ancestral merece ocupar un lugar importante en la lucha contra el cáncer por varias razones: no comporta riesgos ni carencias, tiene un valor preventivo notable, es curativo en una elevada proporción de casos, ayuda a soportar la quimioterapia y mejora el estado de los pacientes. Y es específico ya que respeta las

células sanas reforzándolas mientras ayuda a normalizar o destruir las malignas.

"La dietética -escribe Seignalet- no tiene una efectividad del 100% contra el cáncer pero no es sorprendente ya que disminuye considerablemente los productos cancerígenos que se consumen en la alimentación pero no los suprime todos. Y se debe recordar además que cada enfermo es diferente y miles de parámetros que varían de un individuo a otro intervienen en el desarrollo de la enfermedad. Conviene pues tener en cuenta los frecuentes buenos resultados del régimen sin caer en un pesimismo o en un optimismo exagerado".

Antonio Muro

(En el próximo número analizaremos más detenidamente las causas por las que los cereales o la leche son para Seignalet alimentos bajo sospecha, las cuestiones más comunes que la alimentación ancestral misma sugiere y su eficacia en otras enfermedades).

<http://www.dsalud.com/cancer.htm>

AFRONTA EL CÁNCER Y OTRAS PATOLOGÍAS DESINTOXICANDO EL HÍGADO Y EL RIÑÓN

José María Cardesín, experto español en Medicina Tradicional China, es de los que piensa que la acumulación de tóxicos en el organismo termina bloqueando en muchos casos el sistema de drenaje dando ello lugar a muy diferentes patologías, cáncer incluido. Y, de hecho, pronto comprobaría que el 90% de los pacientes que acudían a él con patologías muy distintas tenían piedras en el riñón o en el hígado. Y que en un 40% de los casos se detectaban además células cancerosas. Pero su mayor sorpresa fue constatar que tras un profundo drenaje hepático y renal no sólo desaparecían las piedras sino también las células cancerosas.

Graduado en Ingeniería Química en la Universidad Politécnica de Barcelona **José María Cardesín** se matricularía a continuación en Ingeniería Industrial pero a los dos años decidió dar un giro radical a su vida y formarse en el ámbito de la salud. En 1980 estudiaría Hipnosis Clínica en el *International Institute Of Hypnology* de Nueva York y algunos años después se trasladaría a China para formarse en la Facultad de Medicina Tradicional China de Pekín obteniendo los grados A y B (los más altos que se conceden a médicos extranjeros). A la vuelta ampliaría su formación durante 3 años en el *Centro de*

Estudios Homeopáticos (CEDH) de Burdeos (Francia) así como en las técnicas energéticas de Rac estudiando en la Escuela de **Paul Nogier** en Lyon. Años después ampliaría sus conocimientos formándose en otras disciplinas -especialmente Osteopatía y Naturopatía- hasta que finalmente crearía su propia escuela basada principalmente en la Medicina Tradicional China aplicada a través de productos homeopáticos y donde se imparten clases de distintas terapias alternativas: el *Centro de Terapias Alternativas CAB*,. Socio fundador de la *Sociedad de Acupuntores de Cataluña* -en la que ostentaría durante varios años el cargo de Vicepresidente para Temas Científicos- y ex presidente de la *Asociación Española de Homeópatas* es autor de seis libros: "*Reflexología*", "*Repertorio homeopático superior*", "*Materia Médica Superior*", "*La energética de la pareja*", "*Concomitancias del sistema hepato-renal*" y "*Nuevas investigaciones sobre el cáncer*". En cualquier caso debemos decir que lo que le ha traído a estas páginas es un descubrimiento singular que ahora deberán valorar otros profesionales de la salud: el hecho de que mejorando el eje hepato-renal mediante la eliminación de la arenilla, barro y piedras que se acumulan en esos órganos... desaparecen en muchos casos las células cancerosas. Incluso en cánceres avanzados. Lo que una vez más volvería a demostrar que la mejor manera de elevar las defensas del sistema inmunitario no consiste quizás tanto en aportar sustancias al organismo como en limpiarlo, en desintoxicarlo lo mejor posible para que el propio cuerpo se encargue de autocurarse. En cáncer y en los casos de casi la totalidad de las llamadas enfermedades. José María Cardesín no dudó en trasladarse desde Barcelona hasta nuestra redacción para explicárnoslo.

-Cómo fue el proceso que le llevó a este descubrimiento?

-En Febrero de 1993 llegó a la consulta una paciente obesa con problemas digestivos acompañados de dolores musculares, cansancio, irritabilidad, insomnio y depresión. Una vez reconocida comprobamos que presentaba litiasis biliar, úlcera gástrica e infección intestinal por lo que se le prescribió la medicación homeopática correspondiente y un eficaz drenador hepático de carácter fitoterápico. Sin embargo, a los pocos días volvió con un cuadro de dolor intenso, tan importante y generalizado que, entre otras pruebas, se decidió buscar indicios de tumor detectándose células cancerosas a nivel hepático y bronquial. Fue remitida sin medicación a Urgencias y en el hospital confirmaron la litiasis biliar. Tenía un cólico y se decidió intervenir quirúrgicamente porque la piedra era enorme. Cuando se le extrajo no pasaba al parecer por la boca del envase de cristal de un yogur. Tal era su tamaño.

Algo después, tras el postoperatorio, volvió a visitarnos para intentar solucionar unas pequeñas molestias y acelerar la recuperación. Lo

primero que se hizo, evidentemente, fue repetir las pruebas tumorales. Y para nuestra sorpresa dieron negativas.

-¿Qué pensó en ese momento?

-Evidentemente me pregunté qué había sucedido. Todo indicaba que el cólico lo produjo el bloqueo del colédoco, debido al tamaño de la piedra, al intentar expulsarla el organismo por efecto del drenador. E intuí que además del cólico el bloqueo podía haber provocado una serie de reacciones orgánicas, algunas de las cuales podían ya existir de forma asintomática o haberse iniciado en ese momento, que disminuyeron o desaparecieron tras extirparle la piedra. ¿Qué relación había pues entre la litiasis y el cáncer?, me pregunté. ¿Por qué tras el cólico habían aparecido células cancerosas y una vez eliminada la piedra éstas habían desaparecido sin más? Es más, ¿podían las litiasis ser causa de diferentes patologías?

-¿Y qué hizo para saberlo?

-A partir de ese momento decidí averiguar si mis pacientes, independientemente de la patología que aparentemente manifestaran, padecían o no litiasis biliar o renal indagando además si tenían células tumorales malignas. Y así lo hicimos con casi todos nuestros pacientes.

-Y cuál fue el resultado?

-Que el 90%! de los pacientes tenían litiasis hepática o renal. En el 60% de los casos en forma de arenillas o fangos difícilmente detectables por ecografía y que si bien no producen síntomas directos pueden sin embargo ocasionar patologías distales de poca a mucha gravedad. Aunque lo que más nos llamó la atención es que en un 40%! de los casos se detectó la presencia de células cancerosas en un estado muy precoz, en su mayoría en la mama, en el esófago o en ambos sitios a la vez en los casos mas avanzados. El 90% de los cánceres mamarios de tipo escirro, es decir, carcinomas ductales infiltrantes.

-Me parece muy fuerte. Es un porcentaje altísimo. Aunque demostraría la afirmación tantas veces repetida de que todos padecemos cáncer varias veces a lo largo de nuestra vida sin ser conscientes de ello que superamos dejando actuar sin más al sistema inmune. Bien, y si las litiasis pueden ser causa de tantas patologías, cáncer incluido, usted qué propone?

-No sé si las litiasis son la causa del cáncer o más bien el resultado de que el organismo no pueda desintoxicarse correctamente por ellas. En cualquier caso la solución primordial sería la misma: usar potentes drenadores que permitan al organismo deshacerse del barro, la arenilla y las piedras cuyo tamaño lo permita, que son la mayoría.

-¿De forma preventiva o curativa?

-Prevenir siempre es mejor que curar. Pero debo decir que hemos

constatado cómo una vez limpios en profundidad el hígado y el riñón el nivel y actividad de las células cancerosas disminuye rápidamente en la mayoría de las personas. Tanto en casos iniciales como en tumores ya avanzados.

-¿También en casos avanzados?

-En algunos casos puntuales ha habido incluso importante remisión en personas con cuadros metastáticos y desahuciadas. Debo en cualquier caso aclarar que además de desintoxicar el organismo nosotros ponemos a nuestros pacientes un tratamiento homeopático anticancerígeno que obtiene resultados muy satisfactorios.

-Sorprendente. Pero volvamos un momento atrás. ¿Cómo hay tantos casos de litiasis, muchos en personas asintomáticas?

-Probablemente porque hoy día nuestros organismos están muy contaminados. Especialmente los alimentos que ingerimos pero también el agua que bebemos, el aire que respiramos, el entorno en el que vivimos...

-¿Tanto como para empezar a bloquear ya los riñones?

-Bueno, la litiasis no es fundamentalmente biliar sino hepática. Quien realmente produce la mayoría de las piedras es el hígado, órgano de filtración de la sangre venosa que asciende por el sistema porta y cuya suciedad es la que termina produciendo los posos y arenillas que con el tiempo se van aglutinando y formando los litos de mayor tamaño. El otro órgano de filtración, el riñón, retiene arenillas y forma piedras pero en menor grado. También el páncreas produce sedimentos por filtración que se eliminan a través del conducto pancreático pero son menos importantes porque es corto.

En fin, el caso es que cada vez con mayor frecuencia el material de desecho que en condiciones normales debería salir a través del colédoco hacia el intestino para su eliminación -si procede del hígado- o por vía urinaria -si su origen es renal- es retenido por uno o ambos órganos provocando una insuficiencia funcional de los mismos. Pero es que cuando se llega a esa saturación la arenilla, el material de desecho, en lugar de ser expulsado del organismo se extiende vía sanguínea a otras zonas y conductos siendo eso lo que probablemente genera muchas de las patologías que conocemos. Solo que como esas zonas se hallan muy alejadas no nos hacen sospechar que la causa sea esa.

-Pero, ¿cómo han llegado a la conclusión de que es el hígado el que produce el mayor número de piedras?

-Llegamos a esa conclusión tras constatar que numerosos pacientes colecistectomizados -a los que se ha extirpado la vesícula biliar- presentaban cuadros semejantes a los producidos por litiasis "biliar" y al darles drenadores de fuerte acción y analizar las heces obtenidas dentro de las 24 horas siguientes a la ingesta de los mismos se

encontraron piedras de diferentes tamaños y mejoría substancial de la sintomatología con lo que quedó demostrado que la extracción de la vesícula no nos libra de la producción y almacenamiento de residuos hepáticos sólidos.

Añadiré que la búsqueda de litiasis se realiza también en niños dando positivo casi siempre en infantes de hasta dos años y menos lo que sugiere que los fangos hepáticos le llegan al feto durante el embarazo, desde la madre, pese a la barrera placentaria. Porque no parece lógico que en doce meses almacenen tanta arenilla como para dar muchas veces cuadros hepáticos de cierta intensidad.

En fin, estos diminutos barros de desecho que circulan por la sangre son normalmente retenidos por alguno de nuestros filtros pero pueden pasar de un órgano a otro indistintamente.

-¿Y cómo abordan ustedes la depuración del hígado y el riñón?

-Antes, cuando un paciente presentaba signos de litiasis en hígado por ejemplo, le dábamos un drenaje de ese órgano solamente pero con frecuencia nos encontrábamos al mes siguiente con que se había limpiado el hígado pero presentaba litiasis renal. Por lo que decidimos a partir de entonces drenar ambos órganos a la vez. Con excelentes resultados.

**-Bien, volvamos al cáncer. Decía antes que el bloqueo de nuestro sistema de drenaje es lo que puede provocar la aparición de las células cancerosas... y de otras patologías-
¿Puede ampliarnos su tesis?**

-Bueno, una vez establecimos que había relación directa entre la eliminación de las litiasis hepática y renal y la mejoría en muchos casos de cáncer era cuestión de buscar una explicación coherente. Como antes dije cuando nuestros filtros corporales van acumulando materia indeseable y no pueden eliminarlos se saturan . Y al no poder retener más material de desecho éste se extiende a través de la sangre y el plasma al resto del organismo. Provocando, al acumularse, en unos casos obesidad -general o circunscrita a una zona-, en otros deformaciones óseas, ateromas, miomas, lipomas, fibromas, quistes o tumores que en ocasiones se malignizan dando lugar al cáncer.

Una explicación plausible es que los microlitos en forma de barros sutiles terminen traspasado la membrana celular merced a la presión osmótica y se depositen en determinadas células alterando el medio e iniciando un proceso de mutación que genere malformaciones de todo tipo. Malformaciones que, sin embargo, hemos podido comprobar que ceden en cuanto desciende el nivel de barros en sangre y por presión inversa la célula puede librarse de ellos. Por supuesto, si la célula aún es aun recuperable y siempre gracias a los órganos de eliminación. Lo importante es pues evitar que el material de desecho llegue a las células, sea o no carcinogénico, eliminándolo mediante un drenaje a

fondo.

-¿Y cómo efectúan ustedes ese drenaje? Por cierto, ¿cambian el tipo de alimentación durante el tratamiento?

-La alimentación juega un papel fundamental en la salud y por tanto hay que cuidarla. A nosotros lo que nos parece primordial es que los productos sean biológicos y no se desnaturalicen durante su preparación. Pero no proponemos una dieta específica. Basta con que uno se alimente de forma saludable recordando que al hígado le afecta sobre todo el consumo de productos grasos, alcohol, azúcar blanco, hidratos de carbono refinados, fármacos, aditivos alimenticios, etc. Aunque también le afectan el estrés, los disgustos y los ataques de ira. Nos centramos pues en desintoxicar el organismo. Lo que sucede es que la experiencia nos demuestra que un drenaje real y completo es muy difícil de conseguir la primera vez que se drena. Aún obteniendo datos analíticos satisfactorios suele tener que repetirse varias veces hasta que la limpieza sea aceptable de ambos órganos.

-¿Pues tenía entendido que en pocos meses podía conseguirse una limpieza profunda de hígado y riñón...

Sí, pero hemos constatado que aunque a veces creemos haberlo conseguido...a los dos o tres meses ambos órganos vuelven a estar saturados con lo que se precisan nuevos drenajes, práctica inhabitual cuando ya se ha comprobado el resultado positivo de la primera sesión de limpieza. Y es que, por pura lógica, es imposible limpiar en un par de meses la suciedad acumulada a lo largo de 30, 40 o 50 años. Es verdad que tras el primer drenaje, tras la primera limpieza a fondo, hígado y riñón se recuperan en muy buena medida pero es que una vez limpios empiezan a retener la suciedad circulante. Es decir, la sangre, mucho más limpia de impurezas, empieza a recibir nuevos residuos de otras células que inician su recuperación, simplemente por ósmosis. De tejidos que estaban saturados, de conductos parcialmente obstruidos, etc. Y al poco tiempo ya tenemos otra vez ambos órganos ocluidos. Por lo que hay que proceder a volver a limpiarlos.

En otras palabras, para lograr desintoxicar el organismo -y en algunos casos será más complicado que en otros- se precisan varias sesiones con descansos intermedios. Luego, una vez lograda la limpieza a fondo, conviene prevenir. Y lo ideal es efectuar a partir de entonces una limpieza de hígado y riñón una vez cada año o año y medio.

-Por su comentario anterior observo que también usted advierte que el comportamiento puede influir decisivamente sobre la salud...

-Evidentemente. Las emociones negativas fuertes se somatizan. El hígado enfermo produce irritabilidad y cólera pero lo mismo ocurre a la inversa: un ataque de ira afecta negativamente al hígado, máxime si está dañado, con la consiguiente inflamación crónica, pérdida de su

capacidad de filtraje y diseminación de microlitos por todo el organismo lo cual está de acuerdo -en líneas generales- con las teorías de distinguidos colegas que achacan a los disgustos la causa del cáncer y otras patologías graves.

-Y según usted un drenaje efectivo de hígado y riñón puede permitir superar un cáncer.

-Sí. Hay quienes recomiendan drenar el hígado y el riñón una vez finalizado el tratamiento que postulan o como complemento pero a nuestro juicio el drenaje es lo primero que debe hacerse y la parte mas importante del proceso curativo. Al punto de que por sí solo puede llegar a resolver espontáneamente un proceso cancerígeno, tanto en una fase muy inicial, energética, como funcional. Hemos tenido ocasión de comprobarlo repetidamente. Aunque, como antes dije, complementamos el tratamiento con medicación homeopática. Pero es importante señalar que hasta una limpieza total el efecto de cualquier medicación es parcial.

-La verdad es que su planteamiento está cargado de sentido común y coincidimos con él pero resulta tan aparentemente sencillo que mucha gente se va a resistir a creer que basta para superar incluso una enfermedad tan grave como el cáncer.

-Filosofaba uno de mis maestros, cuando estudiaba Medicina Tradicional China en Pekín, diciendo que *"Dios cura con el TAO, es decir, con la unidad, con una sola señal, con un deseo o un toque de sus manos. Una persona elevada espiritualmente podrá curar equilibrando el yin y el yang. Es decir, tendrá que utilizar dos señales; por ejemplo, un contacto de sus manos y un tazón de hierbas. Un médico muy bueno pero que no llegue a la sabiduría del anterior curará utilizando los cinco elementos, es decir, cinco señales. Y un facultativo de más bajo nivel usará los ocho trigramas. Es decir, un médico, contra menos sabe, precisa de mayor arsenal de análisis y medicamentos mientras que un médico competente ve paulatinamente cerrarse el abanico de los medios que precisa para curar."*

En nuestro cuerpo el yang-yin probablemente sea el sistema hepato-renal siendo su alteración lo que produce, directa o indirectamente, la mayoría de las patologías del ser humano. Aún estamos muy lejos de solucionar la enfermedad de una forma rápida y permanente pero creo que este pensamiento oriental es un principio que debería tenerse muy en cuenta en futuras investigaciones. Porque las soluciones mas sencillas son casi siempre las mejores.

-No es usted pues muy partidario de la radio y la quimioterapia...

-Hace aproximadamente cinco años, al finalizar una conferencia que daba sobre cáncer, me abordó un hombre de unos 50 años y me dijo que había sido operado de un tumor en el colon y le habían dado luego

las correspondientes sesiones de radioterapia y quimioterapia postoperatorias. En la actualidad estaba controlado y asistía a revisiones periódicas. Me solicitó mi opinión sobre su caso y la posibilidad de que lo atendiera en consulta. Una vez revisado el resultado de las pruebas fue que si bien su cáncer se encontraba en estado estacionario seguía latente. Le sugerimos hacer un drenaje y tomar la medicación homeopática adecuada y al cabo de unos meses el cáncer de colon se había negativizado totalmente. Entonces nos explicaría que tenía un hermano gemelo univitelino con el mismo tipo de cáncer que había sido tratado de forma análoga por el mismo equipo oncológico. Éste acudió a nuestra consulta y, efectivamente, también daba positivo al tumor de colon en estado latente. Tras el tratamiento se negativizó igualmente y quedaron pendientes de un seguimiento adecuado. Tras casi un año de tranquilidad el equipo oncológico les anunció tras los análisis rutinarios de control que les hicieron que a su juicio la evolución del tumor no parecía favorable y, por tanto, les proponían que de forma "preventiva" se dieran unas sesiones de quimioterapia para evitar un posible rebrote y asegurar la total curación. Al acudir a nosotros se les repitieron las pruebas, dieron negativas y se les desaconsejó formalmente la quimioterapia dado su buen estado de salud. El primer hermano confió en nuestro criterio pero la esposa del segundo se manifestó claramente en contra diciendo que ellos estaban muy contentos con el tratamiento oncológico recibido, no tenían por qué desconfiar de él y, por tanto, iban a aceptar la quimioterapia. Es decir, dos hermanos gemelos univitelinos con idéntica patología habían decidido optar por dos tratamientos no ya completamente diferentes sino opuestos. Era una verdadera prueba de fuego. El hermano que siguió nuestro consejo acude hoy regularmente a nuestras charlas de divulgación y goza de buena salud. El que optó por la quimioterapia a pesar de que estaba clínicamente sano se fue deteriorando gradualmente, generó nuevos carcinomas y tras un año de sufrimientos falleció a principios del 2003. Y le cuento este caso por considerarlo significativo.

-¿Han averiguado algo más respecto a la relación entre el cáncer y las disfunciones de hígado y riñón?

-El cuerpo humano no es un conjunto de órganos y vísceras que funcionen independientemente sino que interactúan por lo que la afección de un solo órgano puede desencadenar insuficiencias y patologías en otros órganos o sistemas que no parecen tener relación con el afectado.

En cuanto a su pregunta concreta podemos decir que los cánceres no se desarrollan en las diferentes localizaciones por azar sino dependiendo de si el órgano más afectado es el hígado o el riñón. Por ejemplo, los cánceres de estómago, mama y pulmón tienen su origen

en la saturación hepática mientras que los cerebrales, óseos, de útero y las leucemias se deben al riñón.

Ahora bien, en ocasiones el cáncer se desarrolla en un tercer órgano relacionado. Por ejemplo, el hígado afecta al estómago y éste afecta a los senos. Por tanto, el tumor -sea maligno o no- puede manifestarse en uno de los tres órganos aunque la causa sea la misma.

En suma, es evidente que hay sustancias que ingerimos o con las que entramos en contacto que pueden producir cáncer. Muchas son conocidas. Hay publicada una extensa relación de sustancias carcinogénicas. Pero también un nivel elevado de fangos comunes que bloqueen el hígado, el riñón o ambos simultáneamente puede generar un tumor maligno.

-Una última pregunta: ¿podríamos saber qué utilizan para drenar ambos órganos y qué productos homeopáticos recetan habitualmente como coadyuvantes?

-Para limpiar el hígado recomendamos un producto natural que se encuentra en herbolarios y tiendas de dietética elaborado a base de extracto de rábano negro y alcachofa durante dos-tres meses. Hay varias marcas. Y para limpiar el riñón usamos tres productos conocidos: *Calcárea Carbónica* y *Licopodium* -ambas a la 30CH- y *Berberis* a la 7CH para la arenilla y piedras de origen lipídico. Hay que tomarlas una sola vez al día durante dos semanas.

En cuanto a los productos coadyuvantes en realidad los sugerimos porque hemos observado que cuando a pesar del drenaje el hígado no se recupera bien se detectan habitualmente en él los virus de la hepatitis C o D. Y en tales casos funcionan excelentemente dos productos homeopáticos de Microinmunoterapia: el 2LCH en casos de hepatitis C y 2LHD en los de hepatitis D.

-Gracias por su aportación. Estamos seguros de que serán de utilidad.

-A ustedes.