



No es posible curarse sin aprender a vivir

Fernando Callejón

Guillermo Hernández Plata

Argentina
2002

ACERCA DE LOS AUTORES

El Dr. Fernando Callejón, nació en Rosario, Argentina, en 1955. Se graduó de médico en la Universidad Nacional de Rosario en el año 1980. Cursó estudios de Psicoanálisis y Antropología Filosófica.

El 1995, asistió a los seminarios dictados por el Dr. Ryke Geerd Hamer. Fue presidente del primer curso de Nueva Medicina en la Argentina en el mismo año.

Dicta cursos y conferencias sobre Medicina Psicobiológica a nivel nacional e internacional.



El Dr. Guillermo Hernández Plata, nació en Maracaibo, Zulia, Venezuela, en 1954. Se graduó de médico en la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, en el año 1981. Cursó estudios de Oncología Clínica y Administración de Salud, Epidemiología General y Específica en cáncer. Fue docente de la Facultad de Medicina de la UNLP. Actualmente realiza un Magíster en Plantas Medicinales de la Facultad de Ciencias Exactas de la UNLP.

Dicta cursos y conferencias en distintos ámbitos profesionales sobre Medicina Psicobiológica a nivel nacional e internacional.

Por una experiencia personal conoció los profundos trabajos del Dr. Hamer sobre la Nueva Medicina y tomó contacto con los Dres. Fermín Moriano y Vicente Herrera, ambos discípulos del Dr. Hamer, en España, de quienes aprendió la riqueza de este nuevo concepto de salud y enfermedad.



Sitio Web Asociación Argentina de Medicina Psicobiológica: www.aamepsi.com.ar

Correo para comentario o consultas: consultas@aamepsi.com.ar

Correo para información sobre el libro: libros@aamepsi.com.ar

Índice

Dedicatorias.....	9
Prólogo.....	10
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN.....	11
Orígenes	11
Un tal Hamer	11
Hipócrates	12
Causalidades	13
CAPÍTULO II	
LA EVOLUCIÓN I.....	16
La evolución	16
El cerebro	16
Los mapas cerebrales.....	17
Emociones y sentimientos	19
De Papez a Lacan.....	20
Sobre los tiempos	23
CAPÍTULO III	
LA EVOLUCIÓN II.....	25
Historia de la evolución.....	25
Generalización y Especialización.....	26
Las máquinas.....	26
Los Australopithecus.....	27
El género Homo.....	28
Los Neandertal.....	29
El Cromagnon	29
El Homo Sapiens	30
Lo trans- disciplinario	30
El Miedo	31
El condicionamiento del miedo	32
La extinción del condicionamiento	33
La clasificación de los miedos	33
La evitación	34
La memoria	35
Feedback físico	36
Conciencia	36
Aprendizaje traumático	37
La amígdala	37
CAPÍTULO IV	
EMBRIOLOGÍA	39
Embriología Humana	39
Desarrollo Embriológico.....	39
Aspectos Embriológicos comunes en los cordados. Filogenia y evolución.....	39
Ley biogenética fundamental	40
Fecundación y segmentación Embrionaria.....	40
Las hojas Embrionarias	41
Desarrollo embriológico	42
Órganos derivados del Endodermo	43
Órganos derivados del Mesodermo.....	43
Órganos derivados del Ectodermo	44
Afectación cerebral – hoja embrionaria (fase conflicto activo – FCA-).....	45

CAPITULO V

SISTEMA NERVIOSO.....	47
Sistema Nervioso Central	47
Sistema Nervioso Periférico.....	49
Embriología del Sistema Nervioso:.....	50
Anatomía externa de los hemisferios cerebrales:.....	51
Anatomía externa del diencefalo y tronco encefálico:	52
Anatomía interna de hemisferios y diencefalo.....	52
El sistema ventricular.....	53

CAPITULO VI

NUEVA MEDICINA	54
Introducción:.....	54
Nueva Medicina, Bases Fundamentales	54
La Nueva Medicina	55
Las enfermedades del hombre y del animal. Un acontecimiento a tres niveles:	56
Comparación de la evolución biológica del cáncer en el hombre y en el animal.	57
Comparación de algunos conflictos en el hombre y en el animal.	57

CAPITULO VII

LAS CINCO LEYES DE LA NUEVA MEDICINA.....	58
Primera Ley.....	58
¿Qué es un conflicto biológico?.....	60
Evolución del conflicto	61
Conflictolisis – solución del conflicto biológico	62
La crisis de epilepsia en el curso de la curación	63
El descubrimiento de los Focos de Hamer	64
La Ley Férrea del Cáncer como adyuvante terapéutico.....	64
Focos de Hamer (FH)	65
En lugar de metástasis cerebrales.....	65
¿Qué es un FOCO DE HAMER y qué ocurre en el cerebro durante un DHS?.....	66
La reparación del Foco de HAMER	67
Foco de Hamer y conflicto central	67
Histología de los Focos de Hamer.....	68
Distintos tipos de FH:	68
Las formas de evolución biológica de la enfermedad del cáncer	70
La evolución espontánea	70
Diagnóstico radiológico de los Focos de Hamer	70
¿Cómo se debe hacer la tomografía cerebral?	72
¿Cómo se debe solicitar la TAC de cerebro?	72
¿Por qué una TAC de cerebro y una resonancia magnética nuclear?.....	72
Conclusión.	72

CAPITULO VIII

SEGUNDA LEY	74
“Ley del carácter bifásico de las enfermedades que presentan solución de conflictos”	74
Concepto.....	74
Hay dos fases en nuestro ritmo:	74
El Sistema nervioso vegetativo ordenador central	75
La crisis epiléptica. Proceso normal en la fase de curación	75
Respecto a la crisis epiléptica:.....	76
Último estadio y término del cáncer curado.....	76
La recidiva del conflicto.....	78
El conflicto en balance	79

CAPITULO IX

LA TERCERA LEY	80
Sistema ontogenético de tumores	80

Clasificación de los tumores	80
El mesodermo cerebeloso y el ectodermo cerebral	81
La úlcera gastroduodenal	82
Esquema de relación cerebro-hoja embrionaria-manifestación orgánica	83
Afectación Cerebral.....	83
Forma de Manifestación Orgánica (CA)	84
Forma de curación Orgánica (CL)	84
Órganos derivados dependientes de las hojas embrionarias.....	84
Enfermedades equivalentes.	86
CAPÍTULO X	
LA CUARTA LEY.....	87
El sistema ontogénico de los microbios.....	87
El Sida.	90
CAPITULO XI	
LA QUINTA LEY.....	91
Ley de la comprensión de que las así llamadas enfermedades corresponden a un sentido biológico especialmente programado por la naturaleza	91
Las causas finales.....	92
Los requerimientos biológicos	93
Otros requerimientos.....	94
Los significantes impuestos.	95
La insoportable levedad del ser	96
Un estudio psicobiológico.	97
Una fase complicada.....	99
No es bueno que el hombre esté solo.	100
El infarto agudo de miocardio (IAM)	101
Apartarnos de la naturaleza.	102
CAPITULO XII	
LA LATERALIDAD	104
El porqué.....	104
Las dominancias.	105
Las constelaciones.....	105
El congelamiento.....	106
La sexualidad.	107
El objetivo de las constelaciones.	107
La metonimia.....	108
CAPITULO XIII	
EL CANCER.....	112
Concepto	112
Incidencia	112
Biología de la enfermedad cancerosa	112
Tumor	115
Factores de riesgo en cáncer:	115
CAPITULO XIV	
ESTADISTICAS DE CANCER SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE ARGENTINA.....	116
Los datos oficiales.....	116
Argentina resumida en cifras	116
Cáncer infantil.	116
Instituciones en la Argentina.....	117
Problemas y carencia.....	118
Perspectivas en la prevención del Cáncer	118
CAPITULO XV	
EL SÍNTOMA.....	120

Concepto	120
¿Por qué es importante el síntoma para la Medicina Psicobiológica?	120
Línea de Vida	121
CAPITULO XVI	
TERRITORIO	123
Definición	123
CAPITULO XVII	
CARGA TUMORAL	125
CAPÍTULO XVIII	
ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE LA RELACIÓN PSIQUE-CEREBRO-ÓRGANO	127
CAPITULO XIX	
LA PALABRA MÉDICA: UNA SENTENCIA DE VIDA O MUERTE	134
CAPITULO XX	
ABORDAJE	136
Como abordar un paciente	136
Los datos personales.	136
Motivo de consulta.	137
Enfermedad actual.	137
Carácter.	138
Test del aplauso.....	138
Lectura de la TAC	139
Examen clínico.....	139
Historia de la persona.	139
Los rieles secundarios.	140
Historia familiar.	140
Creencias.	141
Diagnóstico psicobiológico:.....	141
Determinación del DHS:	141
Estado neurovegetativo actual.....	142
Tipo de lesión orgánica.....	142
Repercusión cerebral.....	142
El sentido biológico de la enfermedad	143
Tratamiento psicobiológico	144
Sobre el DHS	144
Sobre el estado neurovegetativo del paciente.....	144
Sobre el tipo de lesión	145
Sobre la repercusión cerebral.....	146
Sobre el sentido biológico	147
CAPÍTULO XXI	
LAS DISTINTAS TERAPÉUTICAS	149
La lógica.	149
El conocimiento.....	149
La ética.....	150
La Homeopatía.....	152
La acupuntura.	153
El Muérdago.....	154
La vitamina C.	155
El cartílago de tiburón.	156
Las psicoterapias	156
La espiritualidad.	161
La Fitoterapia	162
Complejos fosfolipásicos (venenos de serpiente)	163
Antecedentes terapéuticos sobre el uso de venenos ofídicos en medicina.....	164

Antes del Descubrimiento	164
Veneno de Crotalus durissus terrificus (Cascabel)	170
Complejo Crotoxina A-B	170
CAPITULO XXII	
UN APOORTE TEÓRICO AL ORIGEN DEL CÁNCER	175
Las células originarias	175
Narcisismo versus evolución	176
La posición del embrión.	176
Fijación y Regresión.....	177
La pulsión.....	178
De un discurso al cáncer.	178
De Saussure y la lengua.	179
La construcción del lenguaje.	180
La transmisión de la enfermedad.....	181
Repasemos.	181
Recategorizaciones.....	182
Nuestros antepasados	183
El protolenguaje	184
De lo imposible a lo prohibido.....	184
Los primeros momentos.	185
El repudio.	186
Un ejemplo.	187
Una nueva novela.	188
CAPITULO XXIII	
LA CUARTA RESPUESTA	189
La fe	190
Las restricciones.	190
Al principio.....	191
La enfermedad.	192
Los caminos.	197
La trampa.	197
CAPITULO XXIV	
JURAMENTO HIPOCRÁTICO	199
Oración de Maimónides	199
La Ley	200
CAPÍTULO XXV	
ESQUEMA DE LA RELACIÓN CONFLICTO-ÓRGANO	202
CAPITULO XXVI	
GLOSARIO	205
CAPITULO XXVII	
BIBLIOGRAFIA.....	213
Epílogo.	216

Dedicatorias

*A mis padres y hermanos, que siempre
estuvieron presentes, cuando los necesité.
A mi esposa y mis hijas, que me
ayudan cada día a aprender a vivir.
A mis pacientes. A los que pude ayudar
Y a los que sólo pude acompañar.
A mis sueños, algunos de los cuales son
tan pretenciosos que comienzan a hacerse realidad.*

Fernando Callejón

*A mi esposa Ana María Molese, mis hijos Wilana,
Simón Martín y Anawil, también a la Sra. Olga Bossi (mi suegra),
ellos me han dado aliento y fuerzas cuando estaba muy débil.
A Haydeé Plata (mi buena tía) por su afecto y confianza.
A mis hermanos, y en particular al Dr. José Ángel Plata,
quien me entusiasmó con su ejemplo de humanidad a continuar
en esta lucha sin cuartel contra el cáncer y la lepra.
A Maximiliano (futuro colega) y Luciano Molese, sobrinos que amo mucho.
Al Dr Julio César Bracho, que me alentó para dar los
primeros pasos en el mundo fascinante de la medicina.
A Freddy garcía Caro y a Piero Paoencello Manzini;
Tomás Nava y Esperanza Piña, mis eternos amigos del alma,
que desde Venezuela me siguen dando fuerza para seguir adelante.
Al Dr. Ryke Geer Hamer, que no conozco personalmente, pero a través de
sus trabajos sobre la Nueva Medicina, puede conocerlo, entender y descubrir
muchas cosas que la medicina habitual no da respuestas. Su capacidad y
talento, encendieron una gran fogata en mi vida para continuar ayudando mas a
los que muchas veces la ciencia misma posterga por no tener respuesta.
Dedicado también a todos aquellos profesionales, que en el anonimato,
continúan trabajando para dar vida, alivio y calma a los que sufren.
Por último dedico esta pequeña obra a todas
las personas de buena voluntad, que existen.*

Guillermo Hernández Plata

Prólogo.

*“Nada sucede sin que haya sido antes un sueño”.
Carl Sandburg*

Este libro, como seguramente casi todos los libros, comenzó siendo un sueño. Hemos puesto en él muchas horas de trabajo con la intención de ofrecer un documento de lo que consideramos uno de los descubrimientos más revolucionarios de la historia de la medicina.

Lo hemos hecho respetando hasta nuestros límites el pensamiento del Dr. Hamer, creador de la llamada Nueva Medicina. Exponemos aquí sus bases fundamentales con respeto y admiración.

Pero desde nuestro propio recorrido, no podemos dejar de expresar lo que hemos vivido en más de veinte años de experiencia como médicos. Es así que este libro no es un resumen de la Nueva Medicina, sino el fruto de nuestras propias investigaciones. Algunas de ellas marcan diferencias con el Dr. Hamer. Otras aportan nuevos lineamientos sobre el origen de la enfermedad y como se la debe tratar.

No consideramos esto un alejamiento de la Nueva Medicina, sino la necesidad de no dejar de ser nosotros mismos. Con nuestra historia, nuestras aspiraciones y nuestras vivencias.

Cada una de sus páginas está dirigida a todos aquellos que quieran aceptar el desafío de aprender que la salud y la enfermedad son en realidad un mismo episodio. Con melodías distintas pero pertenecientes a una misma sinfonía.

No es un libro para médicos, para psicólogos o para pacientes. Es un testimonio de lo que ocurre y no de lo que debería ocurrir o quisiéramos que ocurra en el campo de la salud.

Tenemos la más absoluta certeza que será leído con la misma pasión con la que lo hemos escrito.

Bienaventurados aquellos que sueñan sueños y están dispuestos a pagar el precio de hacerlos realidad.

Los autores.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

*“La ciencia no es sentido común organizado.
Ella es la que reformula nuestra visión del mundo,
imponiendo teorías convincentes, que superan los
antiguos prejuicios antropocéntricos a los
que llamamos intuición.”*
Stephan Gould.

Orígenes

Hace cien millones de años, se presume que el ser vivo en su camino evolutivo pasó del agua a la tierra. El anfibio se convirtió en reptil. Este paso fue una de las crisis de supervivencia más duras ya que requirió una serie de adaptaciones necesarias ante situaciones nuevas.

Ya no podían sacar el oxígeno del agua sino del aire. Las branquias debieron ser inutilizadas y formarse órganos nuevos como los bronquios. Al salir de los océanos, la disponibilidad de agua era escasa y tuvieron que crearse órganos que retuvieran el líquido; así nacieron los riñones. Al estar sobre la tierra, el sol agredía directamente el cuerpo y el ser vivo debió protegerse con una piel primitiva, llamada dermis. También los órganos tuvieron ésta necesidad creando así el peritoneo, la pleura y el pericardio. Por último, el ser vivo, que ya sabía como reproducir pero no como alimentar a su cría, invaginó sus glándulas sudoríparas y originó las glándulas mamarias.

Todo esto ocurrió hace cien millones de años, en el mismo momento en que en el sistema nervioso central aparece el cerebelo que es aquel que rige y ordena las funciones de los tejidos nombrados.

Se *podría* rememorar la creación de cada órgano y de su correspondencia en el sistema nervioso de acuerdo a las crisis de supervivencia que debió superar el ser vivo en la escala evolutiva de los vertebrados (peces, anfibios, reptiles, aves y mamíferos).

Un tal Hamer

A comienzos de la década del 80, un médico alemán, el Dr. Ryke Hamer, plantea que la serie de procesos que actualmente conocemos como enfermedad en los seres humanos (el hombre es la escala más alta en la evolución de los vertebrados) no es otra cosa que la rememoración de esa respuesta adaptativa que se pone en marcha (al igual que hace millones de años) por la presencia de un conflicto biológico de supervivencia.

Determinar qué es un conflicto biológico de supervivencia y a la vez conocer qué tipo de respuestas originan los órganos ante ese conflicto es la médula del trabajo de Hamer, al cual se han ido incorporando otros investigadores con sus propias conclusiones.

Cada palabra que utilicemos (el conflicto, lo biológico, la supervivencia, las respuestas adaptativas y muchas otras con las que nos iremos encontrando), es incluida dentro de un nuevo cuerpo teórico que entiende a la enfermedad como el resultado de una lógica con leyes propias.

Estas leyes son las que Hamer va desarrollando en el curso de los años y que se conocen como las Cinco Leyes de la Nueva Medicina.

Ellas son:

Primera Ley: Relación psique-cerebro-órgano (conocida como ley de hierro del cáncer)

Segunda Ley: Carácter bifásico de las enfermedades.

Tercera Ley: Sistema ontogénico de los tumores

Cuarta Ley: Sistema ontogénico de los microbios

Quinta Ley: Sentido biológico de las enfermedades.

Estas leyes tratan de explicar ese proceso que es la enfermedad y que seguramente, a lo largo de la historia, han tratado de definir decenas de hombres de ciencia, de los que las teorías de Hamer se nutre pero a las que indudablemente les falta el sustrato metodológico que éstas leyes proponen.

Se dice frecuentemente que el único descubrimiento de Hamer es la posibilidad de diagnosticar, a través de una tomografía computarizada de cerebro (TAC), la lesión de un órgano de cualquier parte del cuerpo y de evaluar su origen y evolución con ésa imagen.

Creemos que este concepto es un gran error y que, aún sin la tomografía, la subversión que propone Hamer al sistema médico como tal es de una magnitud que cambia la relación del médico con el enfermo y de éste con su enfermedad.

Lo que sí sucede es que, en la etapa evolutiva en que actualmente nos encontramos, quizás sea absolutamente necesaria la tomografía cerebral para apoyar con imágenes del llamado campo científico estas teorías que de otro modo pasarían como una nueva medicina alternativa.

Quienes más se ven alterados son los propios médicos que, con la tomografía en la mano, pueden comenzar a creer en que no todo lo que aprendieron en los claustros académicos es estrictamente cierto.

Y es aquí donde más dificultades encontramos. Ente los propios médicos que, montados a caballo de una medicina convertida en un sistema de poder más que en una ciencia, no advierten que muchas de las llamadas “verdades científicas” son meras hipótesis encadenadas de tal forma que terminan siendo aceptadas pero no comprobadas.

Hipócrates

Hace 2500 años, la enfermedad era adjudicada a causas que hoy llamaríamos mágicas. Dioses, demonios, espíritus. No existían la anatomía ni la fisiología tal cual hoy la conocemos y la patología estaba circunscripta a lo invisible. La medicina estaba en manos de los sacerdotes y se respondía a una lógica en la cual el cuerpo era sede de una lucha entre el bien y el mal. La epilepsia era la enfermedad de los que detentaban el poder y por lo tanto era una enfermedad sagrada; la lepra era la enfermedad de los pobres y por ende de lo sucio y lo miserable.

Con el advenimiento de la democracia ateniense, todos debían ser iguales. Los síntomas y las enfermedades también tenían que ser iguales para todos y los hechos que las provocaran deberían responder a una lógica que también fuera igual para todos.

Es aquí cuando aparece Hipócrates con una lógica democrática y posible. Es él quien decide estudiar las causas verdaderas de las enfermedades. Así, cuatro siglos antes de Cristo emprende un estudio sobre la causa de la impotencia sexual de los hombres en una tribu que era muy conocida por padecer esta enfermedad. Los hombres de esta tribu (los escitas) tenían la costumbre de andar mucho a caballo e Hipócrates, luego de una serie de hipótesis lógicas y posibles, admite que la compresión de la sangre a nivel de la pelvis provocada por la equitación le quitaba potencia al miembro viril y era la causa de tan desafortunada enfermedad.

Aquí se terminaron los demonios y comenzaron las causas reales, concretas. Ya no era el hombre en su relación con las fuerzas ocultas del cosmos sino en relación con lo visible y lo real. El hombre ya no estaba sólo. Había algo en él, en su relación con el mundo concreto que lo podían llevar a la enfermedad.

La conexión entre el médico (que debía ahora conocer ésas cosas visibles o previsibles) y el enfermo (que dejaba de ser asiento de los dioses o los demonios) cedía el lugar a la relación entre el médico y la enfermedad. El sujeto enfermo desaparecía y aparecía el verdadero objeto de estudio del médico: la enfermedad. Hechos concretos, reales.

Si bien Hipócrates se equivocó en la verdadera causa de la impotencia sexual de los escitas, con su lógica posible y basada en evidencias, funda la medicina. La belleza de los escritos de Hipócrates ya se olvidó y la mayor parte de los médicos ni siquiera los han leído. Pero la fundación dejó marcas y actualmente, a 2400 años de distancia, el objeto de estudio de la medicina sigue siendo la enfermedad y no el hombre.

Un ser humano que ha evolucionado durante millones de años. Que conserva en su cerebro la memoria de lo que fue y de lo que pudo ser. Una memoria que a veces se despierta y recuerda su tiempo de reptil, de ave o de mamífero inferior. Y en ése recuerdo despierta conductas que en aquellos tiempos primitivos le sirvieron para sobrevivir. Pero que en este *tiempo* actual al hombre pueden no servirle para el mismo fin. Y la medicina estudia esas conductas (úlceras, necrosis, proliferación celular, infecciones) como un objeto. La evolución de millones de años no es entendida y se responde a ella eliminando las bacterias, quemando los tumores e irradiando las necrosis.

Es aquí donde debemos comenzar a estudiar las leyes de Hamer dentro de la evolución. Para entender la enfermedad y comprender la vida.

Causalidades

Comencemos por aceptar que la medicina tal como actualmente se ha desarrollado es un sistema de derecho más que un sistema de hechos. Se estudia lo que debe ser y no lo que es.

Sólo se ve aquello que pueda servir a la práctica médica. En física se llama practicalidad a la necesidad de quitar todos los símbolos de infinito para que una ecuación, tenga utilidad tecnológica. Hay hechos que la medicina no tiene en cuenta porque no están relacionados con la teoría en la que se fundan. El cáncer de pulmón en los últimos 20 años ha aumentado considerablemente en la población laboralmente activa y el consumo de cigarrillos se ha mantenido constante en ese período de tiempo. Lo que sí ha aumentado en una proporción semejante al cáncer es la desocupación, los cierres de empresas y el mal trato laboral. La relación estadística tiene más puntos de contacto con estas causas que con el cigarrillo. Pero estos hechos puntuales, que actúan sobre un órgano que tiene que ver con la protección del territorio como es el pulmón y con un conflicto biológico específico tal como el desarraigo y la pérdida de territorio, no pueden ser tenidos en cuenta más que como causas de estrés en una generalización que sorprende y que apunta siempre a eliminar el factor tóxico que viene de afuera.

No es nuestro interés defender el consumo de cigarrillos ni otras conductas que actualmente se consideran factores de riesgo para la adquisición de enfermedades. A lo que apuntamos es a hacer notar cómo se pueden manipular ideológicamente las relaciones estadísticas, inscribiendo estas asociaciones como significantes sociales que hacen síntoma en el cuerpo.

Hay un viejo chiste que relata la historia de un anciano de casi 100 años y que aún se conserva muy saludable, a pesar de una historia repleta de juergas, comidas insalubres, cigarrillos y todo tipo de excesos. Alguien le pregunta cómo es posible que teniendo esa conducta que la ciencia médica juzga como la que lleva al cáncer, a las enfermedades cardiovasculares y al desgaste del cuerpo, él haya podido llegar a esa edad tan sano y libre de enfermedades. El anciano responde: “Es que en la época en que yo llevaba ese tipo de vida, la medicina no había descubierto todavía que eso no era bueno para la salud”.

Alvar Núñez, cuenta que en la época de la colonia, los indios veían bajar a los españoles de las canoas pero el barco no lo podían ver. No es que estuviera fuera del alcance de su vista. Es que no tenían codificación cerebral para ver el barco.

Un bebe, hasta que no hace la representación mental de los objetos, a través del deseo de la madre, no los ve. Tiene que fundar una memoria. Esta representación es la que tendremos que relacionar con el desarrollo evolutivo que la ha permitido (fundamentalmente en la escala de los vertebrados) y con la anatomofisiología del cerebro en el que se inscribe.

Sabemos que la información genética está en el ADN que se aloja en el interior del núcleo de la célula y que en las células reproductoras está el patrimonio genético que heredamos y que transmitimos como herencia. La evolución biológica ha ocurrido por variaciones aleatorias del genoma que, con el tiempo y por el mecanismo de la selección del más apto, han dado origen a nuevas especies o a cambios estructurales en la misma especie.

En cuanto a la evolución histórica, sabemos que las ideas humanas se integran en unidades de memoria, dignas de ser recordadas no sólo por el individuo sino por la sociedad (por su utilidad y por la cantidad de individuos que la activan en su memoria de trabajo). A tales unidades de

memoria Richard Dawkins las ha llamado “memes” y ejemplo de ellas son la rueda, el llevar vestidos, la venganza, el alfabeto o el triángulo equilátero.

La evolución de los “memes” obedece a las mismas leyes que la evolución de los genes: la variación, la replicación y la adaptación a los cambios del medio es decir la supervivencia. El ejemplo más claro sobre la existencia de una memósfera es el trabajo sobre los campos antropomórficos de Rupert Sheldrake, biólogo inglés que descubrió que en una isla del Pacífico un mono tenía la costumbre de lavar el arroz antes de comerlo. Con el tiempo otros monos comenzaron a imitarlo. Al llegar a una cantidad umbral de monos que tenían esa conducta (el mono número cien), se comenzaron a recibir informes de biólogos de todo el planeta que ignoraban el trabajo de Sheldrake. En dichos informes daban cuenta de grupos de monos de islas alejadas de aquella que estudiaba el ingles, que tenían la conducta atípica de lavar el arroz antes de comerlo.

Indudablemente hay memomas que son beneficiosos para la humanidad: cooperación, música, educación, paz. Pero entre los memomas perjudiciales para la vida del hombre, debemos contar el racismo y la idea de las fronteras, hay uno que se opone particularmente a las leyes naturales como lo es la idea actual que la humanidad profesa sobre la enfermedad, sobre el papel de los microorganismos y sobre las terapéuticas actuales. La fuerza de los memes sobre salud y enfermedad ha desarrollado la velocidad de la luz en los últimos cincuenta años con la aparición de los avances tecnológicos y el poder de los medios de difusión.

El hecho de que la cantidad de muertes por año se mantenga estable en los últimos diez años pero que en el mismo período se haya duplicado y hasta triplicado el cáncer como causa de muerte, nos habla del poder de estos memes que no han sido lo suficientemente considerado por la medicina en la evaluación de la enfermedad.

Desde la Medicina Psicobiológica, interpretamos a la enfermedad como un hecho que la Naturaleza ha programado en el cerebro del ser humano para resolver conflictos biológicos, individuales o sociales, producto de un desarrollo histórico de la humanidad y con el claro sentido de superar ese conflicto.

Es a partir de este concepto que podremos comenzar a estudiar estos programas cerebrales a través de las leyes de Hamer.

Conociendo la primera Ley, entenderemos que si bien biológicamente somos un mono más, a partir del lenguaje somos una excepción a la evolución biológica con características tan particulares que las propuestas que la naturaleza da para la solución de los conflictos, en nosotros los humanos, pueden pasar por el tamiz de las propias leyes del lenguaje.

Pero también sabremos que la mayor parte de las veces, la naturaleza reclama soluciones concretas a los conflictos de supervivencia y que si no los abordamos, las medidas terapéuticas terminan fracasando.

Acercándonos a la segunda Ley, sabremos cuándo usar medicamentos simpaticotónicos o vagotónicos. Pensemos que la quimioterapia produce una extrema simpaticotonía, además de una inversión del dominio del hemisferio cerebral. Si la usamos cuando el conflicto está activo, el paciente agotará sus recursos de estrés, agravándose y desencadenando supuestas metástasis. En las fases vagotónicas, la quimioterapia usada en dosis mucho menores que las usuales ejercerá un efecto moderador y antiinflamatorio que podría llegar a ser beneficioso. Podremos disminuir los efectos de una vagotonía generalizada o preverla. A partir de una TAC de cerebro, podremos anticipar un infarto de miocardio con 15 días de antelación. Sabremos cuándo usar quimioterapia o radioterapia y no hacerlo de la forma indiscriminada y sin ningún sustento científico como se la usa ahora.

Examinando la tercera Ley, podremos acudir a esa brillante rama de la medicina cual es la cirugía, utilizándola como un instrumento verdaderamente terapéutico y no como un arma mutiladora y terminal. Sabremos qué cortamos y qué dejamos. Conociendo el sistema ontogénico de los tumores, podremos entender cómo actúa sobre las células un conflicto en balance o en recidiva y sabremos cómo y cuándo intervenir.

Teniendo en cuenta la cuarta Ley, podremos trabajar con esos colaboradores que la naturaleza nos ha regalado, los microbios. Los utilizaremos para completar la curación y no para erradicarlos como enemigos. Entenderemos que el SIDA y sus propuestas terapéuticas pueden ser cuestionados desde la ciencia y aportar caminos para comprenderlo.

Entendiendo la quinta Ley, accederemos al claro sentido de la enfermedad en la vida humana. Podremos ayudar al que sufre, no solo trabajando su historia, sus porqué, sino también sus causas finales, sus para qué. Dejaremos de suponer para poder comprobar. Para todo esto, se necesitan médicos de manos calientes. Que estén dispuestos a entender la vida para así comprender la enfermedad.

La *Medicina Psicobiológica* no es una propuesta terapéutica. Es saber lo que hacemos. Es por fin, fundar una Medicina científica. Es buscar la verdad. Todas las terapéuticas pueden servir a la Medicina Psicobiológica. Pero conociendo sus bases, ninguna terapéutica puede seguir siendo usada de la forma intuitiva y antropocéntrica como se la usa actualmente. Ni el uso de la aspirina ni el uso de una psicoterapia que apunta a resolver conflictos sin evaluar lo que viene después.

CAPITULO II

LA EVOLUCIÓN I

“Las teorías científicas no se construyen sobre rocas sino sobre terrenos pantanosos que a veces sólo sirven para sostener la estructura.”

Popper.

La lógica de la investigación científica

La evolución

La evolución tiene un concepto economicista de la vida. Usa lo que ya tiene, toma lo que sirve y descarta lo que no sirve. Nunca empieza de cero. Aprovecha al máximo lo que queda. Como una madre de familia, toma lo que “sobrevive” de la comida del mediodía para hacer algo que la “recuerde” pero que ya no es lo mismo.

Darwin hablaba en sus investigaciones de descendencia con modificaciones. A través de la herencia y sus variables, los rasgos que eran útiles para la supervivencia de una especie en un contexto determinado se convertían con el tiempo en rasgos propios de esa especie; es decir, aquellos que superaban las pruebas y los obstáculos propuestos por el medio en el que habitaban, sobrevivían y sus descendientes heredaban los rasgos que se los había permitido. Así, muchas de las características actuales existen solamente porque contribuyeron a la supervivencia de nuestros antepasados, aún cuando a nosotros ya no nos sirven para nada.

Cargamos con ellos. A veces nos son de una gran ayuda y en algunas oportunidades nos pueden fastidiar, como las tortillas y la sopa de la noche .

Todo indica que la evolución ha ido de lo más sencillo a lo más complejo. De pequeños seres lentos, débiles e ineficaces a otros que tras ser sometidos a pruebas de supervivencia, las pudieron salvar por su fuerza y su aptitud.

A partir de esta superación (que habitualmente es llamada selección natural) se produjeron pequeñas mutaciones, de hecho, que luego se “legalizaron” al expresarse en el material genético. Las mutaciones genéticas sólo ocurren cuando hay una amenaza cierta de supervivencia. Estas pequeñas mutaciones, por acumulación, provocaron los grandes cambios en los seres vivos a lo largo de la historia.

Sin embargo, no debemos olvidar el carácter conservador de la evolución. Un ejemplo de ello es la permanencia del mismo lenguaje genético en el cerebro de los vertebrados, aún cuando el lenguaje genético de los demás órganos se ha diferenciado. Podemos decir que todos somos parientes. La formación de un embrión humano rememora la evolución de todos los vertebrados: peces, anfibios, reptiles, aves, mamíferos. Decimos que la ontogénesis es una reproducción de la filogénesis. El ser repite historias evolutivas.

El cerebro

Lo que vamos a intentar ahora es una aproximación a la función del cerebro en todos estos procesos y a la forma en que evolutivamente se fue creando esa íntima relación entre los obstáculos al desarrollo de la vida y la respuesta que el cerebro pudo organizar como estrategia de supervivencia.

Comencemos por decir que todos los vertebrados tienen una organización neurológica similar. El cerebro, en su eje vertical, se divide en :

- 1) Romboencéfalo (es la parte anterior)
- 2) Mesencéfalo (es la parte media)
- 3) Prosencéfalo (es la parte posterior)

El cerebro no es un órgano simple sino un complejo sistema constituido por varios subsistemas que fueron surgiendo en distintas etapas de la evolución de las especies animales.

La parte más antigua es la terminación de la médula espinal, que se encuentra en la parte posterior y cuyo nombre es el bulbo raquídeo. Es el encargado de las funciones básicas de la vida animal. Al lado del bulbo se encuentra el cerebelo, un subsistema casi autónomo que controla los movimientos, fundamentalmente los no voluntarios y asegura su coordinación.

El bulbo raquídeo es coronado por el tálamo que constituye el cerebro medio o mesencéfalo y es por donde pasan la mayor parte de los impulsos sensoriales.

A partir de los mamíferos, aparecen el hipotálamo, la corteza cerebral y los núcleos sensitivos. El prosencéfalo es absorbido por la corteza, que se divide en áreas sensitivas, motoras y de asociación que se distribuyen en dos hemisferios unidos por una aglomeración de fibras nerviosas llamada cuerpo calloso.

Dos millones de años de transformaciones graduales han producido un cerebro demasiado grande para el tamaño del cuerpo humano. Esto no habla del resultado de la evolución de los primates sino de una excepción a ésta evolución. Nos anticipamos a decir que esto ha ocurrido por una evolución paralela de dos sistemas independientes y complementarios: el cerebro y el lenguaje.

Nuestro cerebro crece en la etapa embrionaria como si fuera a pertenecer a un adulto de 500 Kg. de peso. Lo que determina la desproporción del cerebro con respecto al cuerpo es el exceso de crecimiento de la corteza prefrontal o neocórtex, que en la evolución ha invadido las demás regiones del cerebro con sus axones, incluyendo los núcleos del tronco y de la médula espinal, regiones sobre las cuales los otros primates no tienen control voluntario.

La bipedestación posicionó las cuerdas vocales de forma tal que favoreció la respiración controlada. Así, las neuronas motoras que controlan la laringe y la respiración quedaron bajo el control del neocórtex y esto posibilitó de una forma gradual la capacidad del habla.

Esto comenzó a ocurrir hace dos millones de años atrás en la especie *Homo Habilis* y terminó de perfeccionarse hace 200.000 años atrás.

La capacidad de hablar fue una impresionante ventaja en la supervivencia que determinó un sistema con sus leyes propias y que definió la singularidad del ser humano, que sigue respondiendo a las mismas leyes biológicas que todos los animales pero que agregó este sistema a su evolución que es el lenguaje humano.

Muchas amenazas de supervivencia había superado el ser vivo sobre la tierra antes que apareciera el lenguaje. Muchos programas de adaptación ya estaban inscriptos en el cerebro animal antes de que apareciera el lenguaje. Muchas emociones ya eran conocidas antes de que apareciera el lenguaje.

Es importante pensar en esto al abordar a la enfermedad como un conflicto biológico que ocurre en un ser humano que habla.

Los mapas cerebrales

La idea de que las emociones se localizaban en áreas específicas del cerebro se deben, en parte, a los llamados “frenólogos” que, en el siglo XIX y fundándose en los estudios de Gall, realizaban una palpación de las irregularidades del cráneo y le atribuían a ellas determinadas características de la personalidad. Así hablaban de áreas de la inteligencia, la memoria, la voluntad, etc.

Algunos de los estudios frenológicos llegaron a tal sutileza que describían los rasgos más íntimos de la personalidad de un individuo, a través de la palpación de su cráneo. La facilidad de acceso a la profundidad de un ser humano y a sus más recónditos deseos la convirtió en la

psicología casera de la época victoriana a la que servía (como todo sistema médico que sirve a los objetivos de un sistema de poder en el que se incluye).

Los excesos de algunos exultantes frenólogos, que llegaron a describir emociones desconocidas aún hasta en nuestros días, provocó la reacción de un grupo de científicos que estimó falsas todas las descripciones frenológicas. Con ellas se fueron por la borda algunas de las apreciaciones de Gall, que irónicamente, a tantos años de distancia, hoy se tienen por ciertas.

En aquellas épocas, anatómicamente se sabía mucho menos que lo que sabemos ahora. Los frenólogos aportaron la idea de que hay áreas específicas del cerebro que se ocupan de determinadas emociones. Hoy aceptamos que efectivamente hay áreas que intervienen específicamente en la detección del peligro, en la búsqueda de alimentos, en la conducta reproductiva, etc.

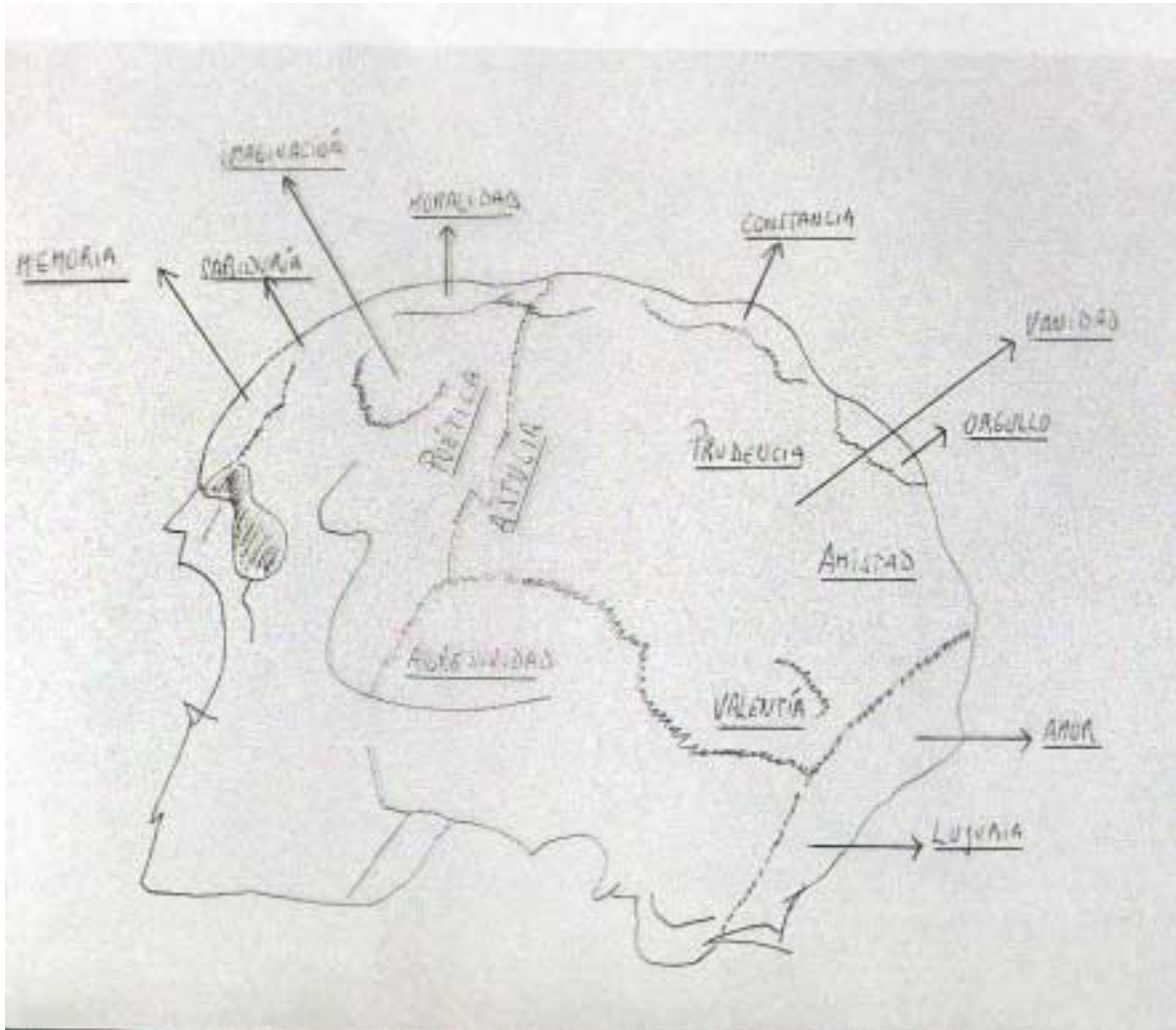


Figura 1

En 1861, Paul Brocca fue el primer investigador del cerebro en localizar un área específica y que fue la del lenguaje, aunque en 1906, Marie demostró que los pacientes de Brocca tenían una lesión mucho más amplia que la señalada por este.

En 1929, Karl Leshley, con sus técnicas de investigación con lesiones sobre el cerebro de las ratas, demostró la capacidad de ciertas zonas del cerebro de asumir la función de otras zonas dañadas.

Surgió así una polémica entre los “locacionistas” (seguidores de Brocca) y los “holistas” (seguidores de Lashley) en la que medió el canadiense Donald Hebb en 1949, sosteniendo que las

pautas de conductas, se conforman paulatinamente por conexiones de conjuntos de células llamadas ensamblajes. Al inicio de la vida son muy específicos pero fácilmente transferibles. Con la edad surgen comportamientos más complejos y con localizaciones más inespecíficas. En la década del 50, Penfield y Rasmussen dividen a la corteza en dos hemisferios, en los cuales uno es dominante, con funciones analíticas y otro subordinado con funciones sintéticas. David Hubel y Torsten Wiesel ganan en 1981 el premio Nobel de Medicina por sus investigaciones con electrodos en la corteza de los gatos durante 20 años y demuestran que no todas las funciones están preprogramadas al nacer. Además que hay neuronas que sólo responden a formas específicas de información.

Lo que podemos decir hoy es que cada proceso mental no tiene un solo lugar donde se procesa en el cerebro. Para que la información que llega a los ojos a través de la luz se convierta en representación mental, debe atravesar numerosas subzonas antes de llegar a la corteza visual del lóbulo occipital. Podemos hablar de encadenamientos que forman módulos, no de áreas sueltas ni de funciones solitarias.

Tampoco podemos hablar de una función cerebral. La evolución ha actuado muy pocas veces sobre el cerebro en conjunto, mayormente lo ha hecho sobre los módulos individuales cuyas funciones pueden ser tan variables como la posibilidad de respirar o la elaboración de conductas de defensa del territorio o de identificación con un grupo.

Escapar del peligro es una conducta emocional que todos los animales tienen que poseer para sobrevivir. Aun cuando el ciervo huya corriendo, el pez nadando y el ave volando, el objetivo es siempre el mismo: apartar al organismo de aquello que amenaza su vida. Las conductas instintivas del hombre, proceden de prototipos que fueron útiles para otras especies animales. La naturaleza ha creído conveniente dejar intacto el mecanismo que se encarga de esta función. En el cerebro del hombre se conserva el cerebro del reptil y esto no convierte al hombre en un reptil, pero sí nos sirve para conocer que, en determinados momentos, este cerebro reptil puede actuar con cierta independencia del moderno cerebro del hombre.

Por lo pronto, asumamos que los mecanismos cerebrales más primitivos, que fueron útiles para la supervivencia de nuestros antepasados, se conservan intactos en nuestro cerebro de privilegiados hombres.

Estudiar las emociones desde la óptica evolucionista nos permite conocer que, ante la presencia de distintos obstáculos a la persistencia de la vida y a la vez de diferentes estímulos del ambiente, se precisaron de distintos mecanismos neuronales encargados de responder ante estos estímulos. Es así como se formaron distintos módulos con funciones independientes pero complementarias, dependiendo de las áreas cerebrales que respondieron a los estímulos.

Como ejemplo, vamos a decir que los mecanismos cerebrales que se encargan de los recuerdos con significación emocional son distintos de los mecanismos que procesan los recuerdos cognitivos, aún cuando los estímulos sean los mismos.

El primer mecanismo (las llamadas evaluaciones emocionales), anatómicamente, tiene una relación directa con aquellos que controlan las respuestas físicas. Esto no ocurre con los mecanismos cognitivos. Conocerlo nos permite saber que cuando el cerebro detecta un suceso con significación emocional, automáticamente ejecuta una serie de respuestas físicas previamente programadas. Estas respuestas son las que la evolución “pensó” como las adecuadas para las amenazas de supervivencia, quedando conectadas desde ese momento al mecanismo de la evaluación emocional. Entendamos que este mecanismo, que hoy se activa en nuestros privilegiados cerebros, se generó antes que el lenguaje y la conciencia.

Emociones y sentimientos

En este momento, es importante diferenciar la emoción de los sentimientos. La emoción es la tendencia a acercarse o alejarse de una cosa previamente evaluada. Nos extenderemos en este concepto al estudiar el sustrato anatómico de la misma. Debemos aclarar que de ninguna manera es un proceso cognitivo, es decir, un pensamiento sobre la situación en que nos encontramos. Repetimos que la emoción y la cognición son funciones mentales independientes y complementarias creadas por mecanismos cerebrales de las mismas características.

Se pueden establecer evaluaciones emocionales sin saber qué se está evaluando. Cuando se comenzó a estudiar a los pacientes con el cerebro dividido (a través del corte de las conexiones entre ambos hemisferios), se observó que no podían nombrar las cosas que tocaban con la mano izquierda (que enviaba la información al hemisferio derecho, pero que era incapaz de ser recibida, dada la ausencia de conexión, por el hemisferio izquierdo donde está fundamentalmente el lenguaje) pero sí le podían dar un significado emocional. Si se les concedía la oportunidad de responder sin palabras pero sí con gestos o conductas, podían tener un juicio emocional sin saber qué estaban juzgando. Se le ponían las imágenes de la madre o del diablo y, sin tener la posibilidad de identificarlos, las aceptaban o las rechazaban. Podemos decir que había un procesamiento emocional que no era conciente.

Así, vamos entendiendo que los mecanismos que originan aquella evaluación llamada emoción son procesos inconcientes. Por lo tanto, no debemos confundirla con la percepción o el recuerdo en la activación de estos mismos procesos por parte de la conciencia, estado al que nombramos como sentimiento.

La separación de ambos procesos no es una sutileza teórica sino que es un dato importantísimo para entender el origen y el desarrollo de la enfermedad.

De Papez a Lacan

Al referirnos a la primera ley expuesta el Dr. Hamer, decíamos que toda enfermedad tiene su origen en un conflicto biológico y que éste se inscribe en forma simultánea en el cerebro y en el órgano. Observamos el modo particular con el que la evolución trata de adaptarse con respuestas para sobrevivir a los obstáculos que el medio le propone.

Así vimos que los órganos que derivan del intestino primitivo crecen y proliferan con el claro sentido de tragar, digerir o eliminar la presa. Los tejidos de origen mesodérmico manifiestan su sentido biológico al rellenar las necrosis durante la fase reparativa y de este modo logran hacerse más fuertes (el sarcoma crece para endurecer la zona que ha soportado la injuria). Los tejidos de origen ectodérmico reaccionan ante la amenaza de supervivencia produciendo úlceras y de esa forma le dan más espacio a los conductos que revisten para favorecer su función (el carcinoma intraductal de mama intenta aportar más leche). Todas respuestas orgánicas con un sentido biológico: ayudar a la propia supervivencia o a la de la especie.

Este proceso necesita para su realización de una serie de mecanismos que se asientan en el cerebro: las conductas, los pensamientos, las tendencias, las emociones.

Para acercarnos un poco más a las intrincadas conexiones entre la psique, el cerebro y el órgano vamos a conocer un poco aquello que la ciencia sabe, hasta ahora, del lugar donde asientan estos mecanismos.

Cuando comenzó a investigarse en el cerebro de los animales, se observó que si se estimulaba eléctricamente una zona específica, se producían movimientos de determinadas zonas del cuerpo. A esta zona del cerebro se la llamó corteza frontal y actualmente se la llama corteza motora. Al extirparse esa zona, los movimientos se hacían defectuosos o no se realizaban. Lo que llamó la atención fue que extirpándole por completo la corteza a los gatos, las emociones de estos animales se conservaban. Hasta ese momento, se creía que las emociones eran controladas por la corteza sensorial y la motora. Los gatos no sólo mostraban los colmillos y mordían, sino que dilataban la pupila y aumentaban su presión arterial. En muchos de los casos relatados, la ira de los gatos era incontrolable. Se llegó a la conclusión de que la acción de la corteza era inhibir las respuestas emocionales ya desatadas.

Se continuó extirpando más en profundidad el tejido cerebral y, cuando se llegó al hipotálamo, se observó que las respuestas emocionales eran parciales. En ese momento se atribuía al hipotálamo la regulación del sistema nervioso autónomo. Se creía que los impulsos que llegaban al tálamo, en lugar de ir a la corteza, iban al hipotálamo y éste activaba las respuestas típicas de las emociones a través del sistema nervioso autónomo. Se comenzó a decir que los sentimientos sí dependían de la corteza por las fibras que la conectaban al hipotálamo. Investigadores de la talla de James y Cannon explicaban que los sucesos concientes son consecuencia de procesos inconcientes que ocurren previamente.

A la corteza cerebral la podemos imaginar como un pan de pebete. La parte más blanca es la corteza media o rinencéfalo, que se encarga del control de las funciones sensoriales y motoras de las emociones. La parte más quemada del pebete es la corteza lateral o neocórtex, que controla las funciones sensoriales y motoras que procesan nuestros pensamientos.

En 1937, Papez, en base a estos conocimientos, describió a los sentimientos como un flujo de impulsos a través de conexiones que van del hipotálamo a la corteza media y luego vuelven al hipotálamo.

Según este investigador, los datos sensoriales al llegar al tálamo se dividen en dos canales:

- 1) el canal del pensamiento, que desde allí llega al neocórtex, dando lugar a los pensamientos y recuerdos.
- 2) el canal del sentimiento, que desde allí va a los cuerpos mamilares del hipotálamo, donde se generan las emociones que se transmiten a la cíngula de la corteza media y al hipocampo de la misma corteza, y vuelve desde allí al hipotálamo. Este canal del sentimiento se conoce como circuito de Papez.

Por la misma época, se descubrió que al extirpar el lóbulo temporal a un mono, éste se acercaba todos los objetos a la boca si tenía hambre, desde una manzana hasta un tornillo. Esta ausencia de significación para los estímulos se conoció como síndrome de Kluber-Bucy.

En 1949, Paul MacLean integra la teoría de Papez con el síndrome de Kluber-Bucy y las teorías freudianas. De semejante combinación surge uno de los aportes más brillantes sobre las funciones del cerebro. Se sabía la importancia del hipotálamo en las emociones y de la corteza en los sentimientos. También se conocía que el neocórtex no tenía conexiones con el hipotálamo y por lo tanto no podía activar las respuestas del sistema nervioso autónomo. La que tenía esas conexiones y esas posibilidades era la corteza media (la parte blanca del pebete). MacLean comenzó a estimular eléctricamente la cíngula y el hipocampo, que hasta ese momento se conocía como rinencéfalo, y obtuvo cambios en la respiración, la presión sanguínea y el ritmo cardíaco.

Observó que la función olfativa en el hombre, como en otros mamíferos superiores (delfines y marsopas), era poco importante comparativamente con otros animales y, sin embargo, el rinencéfalo alcanzaba un nivel de desarrollo máximo.

Así decidió cambiar la denominación de rinencéfalo por la de “cerebro visceral” y, concluyó que el neocórtex influye en la musculatura corporal y las funciones del intelecto y el cerebro visceral es el que organiza la conducta en ciertos impulsos básicos, como obtener el alimento, huir o atacar, reproducirse, etc.

En los animales primitivos, este cerebro visceral era el centro superior. Con la aparición del neocórtex en los mamíferos, surgieron funciones superiores como el pensamiento y el lenguaje. Sin embargo, aún el cerebro visceral está intacto en el hombre y desarrolla las mismas funciones primitivas que en nuestros lejanos antepasados evolutivos.

Según MacLean, los sentimientos emocionales llevan consigo la integración de las sensaciones producidas por los estímulos externos con las sensaciones viscerales del interior del cuerpo. Sugirió que esta integración se realizaba en un lugar del cerebro visceral llamado hipocampo, al que denominó así por su parecido al caballito de mar. Las células en esta región están distribuidas ordenadamente una al lado de la otra como si fuera un teclado en donde las emociones ejecutan sus acordes.

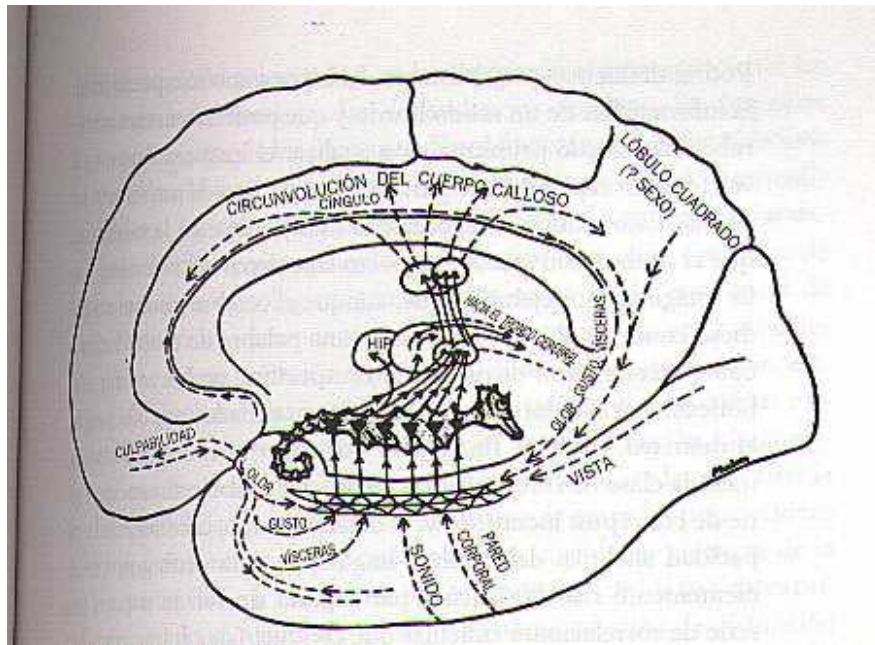


Figura 2

Esta estructura celular de la corteza del hipocampo la hace muy eficaz para generar respuestas pero muy poco eficiente (en comparación con la estructura del neocórtex) para analizar estímulos.

Se podría decir que el cerebro visceral trata la información de un modo burdo y primitivo. Su capacidad para analizar los símbolos es muy limitada, no pudiendo, por ejemplo, concebir el color rojo como una longitud de onda específica ni como una palabra de cuatro letras, pero sí asociarlo a las flores o a la sangre.

Si sólo existiera el cerebro visceral que asociar conceptos inconexos, sin la participación analítica y discriminativa del cerebro moderno, las correlaciones inconexas llevarían a todo tipo de comportamiento fóbico y compulsivo, ya que las impresiones serían transmitidas directamente al hipotálamo y a los centros inferiores.

MacLean decía que comer alimentos, en determinadas circunstancias, sería la representación simbólica de fenómenos psicológicos que pueden observarse en los niños y en las tribus primitivas: hostilidad a una persona, necesidad de protección, temor a la privación, dolor por una separación.

Para él, una enfermedad como la úlcera péptica surgía por la imposibilidad de distinguir entre las percepciones internas y externas de una experiencia. Incluso, agregaba, no habría un intercambio suficiente entre el cerebro visceral y el cerebro lingüístico. Proponía una terapéutica basada en el cerebro visceral del paciente y no tanto en el cerebro lingüístico. Al leer los textos originales de MacLean uno tiene la sensación de que todo estaba resuelto.

En 1952, designa al cerebro visceral como “sistema límbico”, formado por el circuito de Papez, el núcleo amigdalino, el septum pellicidum y la corteza prefrontal.

En 1970, introduce la teoría del cerebro ternario, según la cual el prosencéfalo pasó por tres etapas evolutivas que llamó reptiliana, paleomamífera y neomamífera, con millones de años de distancia entre sí. Cada una de estos cerebros tiene su propia inteligencia y su propia memoria, además su propio sentido del tiempo y del espacio. El hombre y los mamíferos avanzados tienen los tres cerebros. Básicamente, el sistema límbico es el cerebro paleomamífero.

Hoy, el concepto de sistema límbico, que es la base de todo la teoría de MacLean, no sólo es cuestionado, sino que autores de la talla de Ledoux afirman que sencillamente el sistema límbico no existe.

Por métodos modernos, que MacLean no conocía, se demostró que el hipotálamo está en realidad conectado con todo el sistema nervioso, aún con el neocórtex. Por lo tanto, el sistema límbico tendría que abarcar absolutamente a todo el cerebro. Tampoco conocía MacLean la función predominantemente cognitiva del hipocampo ni la importancia del tronco cerebral en la regulación del sistema nervioso autónomo.

Lo cierto es que hay piedras preciosas en estas teorías que no podemos desaprovechar. Una de ellas es la perspectiva evolucionista con su teoría del cerebro ternario, cuyos componentes guardan su propia inteligencia y su propia memoria.

La otra es que muchas enfermedades que él llamaba psicosomáticas, pero que según nuestra visión abarca a todas las enfermedades, surgen de la existencia de dos cerebros, uno verbal y otro preverbal, que trabajan en forma simultánea pero son independientes uno de otro.

Ambas ideas las iremos relacionando a medida que abordemos las distintas leyes del Dr. Hamer. Pero inicialmente propongamos que el conflicto biológico del que habla su primera ley muestra ésta independencia pero a la vez la simultaneidad de un cerebro que trabaja con símbolos expresados por el lenguaje, con su capacidad analítica y discriminativa, y otro cerebro que procesa códigos que pueden relacionarse con nexos no discriminativos.

Tendremos que presentar otros operadores antes de entender que este cerebro primitivo también está estructurado como un lenguaje. También deberemos conocer la importantísima función del núcleo amigdalino y la fisiología del aprendizaje condicionado.

Pero, por ahora, convengamos que no sabemos todo sobre el cerebro ni mucho menos. Con lo poco que sabemos, nos estamos animando a proponer una línea de investigación entre las neurociencias, el estudio de la evolución y otros aportes que poco a poco iremos abordando.

Sobre los tiempos

¿Qué nos dice Hamer? Que la naturaleza tiene sus propias leyes. No haberlas reconocido ha llevado a la medicina a profundos errores de concepto. Las actuales líneas de investigación y las propuestas terapéuticas de la ciencia médica parten en su gran mayoría de estos errores. Las intervenciones médicas que no ayuden a entender estas leyes y mucho más las que actúen directamente en contra de ellas tienden a crear nuevos conflictos que serán causa de nuevas enfermedades. Una lógica indudablemente reduccionista en la que se apoya la medicina confunde los hechos observables en la enfermedad (alteraciones moleculares, genéticas, bioquímicas, presencia de microbios) con la causa de las mismas. Lo que proponemos desde este lugar es una lógica posible en la que la evolución, como fuerza que conecta en un permanente intercambio al ser vivo con todo lo que le rodea, está presente.

Cuando los cambios que exige la evolución se hacen con los tiempos que la adaptación y la selección natural presuponen; es decir, con el lenguaje de lo sucesivo, que habitualmente lleva millones de años para lograr su objetivo, estamos en presencia de los llamados cambios biológicos de la evolución: la aparición de los alvéolos pulmonares, de los epitelios que recubren a las coronarias, etc. Cuando esos mismos cambios se hacen sin respetar los tiempos de la adaptación y la selección natural; es decir, con el lenguaje de lo simultáneo, que responde sin análisis ni discriminación, estamos en presencia de los llamados cambios patológicos de la enfermedad: cáncer, sida, etc. El estímulo es el mismo para el cambio biológico y para el cambio patológico. Los tiempos de respuesta son distintos. Tenemos las células del alvéolo del pulmón que tardaron millones de años en adaptarse a su nueva función y fueron seleccionadas luego de ser probadas y desechadas quizás miles de veces, formando así un órgano capacitado para captar el oxígeno del aire. Al inicio fueron primitivas, crecían sin aún lograr su objetivo pero se especializaban poco a poco, se diferenciaban.

Tenemos las células del carcinoma alveolar del pulmón, algunas primitivas, otras más diferenciadas. Creciendo sin lograr el objetivo biológico, pero buscando la solución en un tiempo que no es el adecuado para la evolución.

Produciendo una proliferación celular desordenada e invasiva, la corteza cerebral media (la parte blanca del pabete) respondió a la señal de la falta de oxígeno, por el miedo a la muerte. Desencadenó todo el mecanismo hipotálamo hipofisario que lleva al organismo a un predominio del sistema simpático y a las áreas del cerebro correspondientes a dar la orden de hacer proliferar las células encargadas de captar el oxígeno del aire.

No era una respuesta necesaria para sobrevivir. Lo que determinó la puesta en marcha de éste proceso fue:

1) la dificultad en la participación del neocórtex, por haber ocurrido sucesos sorpresivos, altamente dramáticos y vividos en soledad.

2) la existencia en la memoria del cerebro de programas que hace millones de años fueron útiles para la adaptación ante problemas de supervivencia.

Estos programas son independientes del mecanismo de la conciencia. Pueden ser activados por hechos no percibidos por la conciencia y aún por significados no percibidos de hechos concientes.

Cuando estudiemos el proceso de la memoria, de la conciencia y la función de la amígdala, podremos extendernos más en este hilo causal al que nos vamos acercando.

Lo cierto es que debemos comenzar a reconocer que:

1) en la enfermedad participan otros factores que los llamados agentes etiológicos o noxas;

2) la relación del ser vivo con su entorno está escrita en su cerebro y que este texto puede ser leído en el cerebro del hombre;

3) a partir de esta lectura podemos sacar conclusiones sobre la existencia de un sistema psique-cerebro-órgano que actúa como una unidad en cada acto del ser vivo;

4) esta unidad vive en una constante interrelación con el medio ambiente y responde a los requerimientos de éste para adaptarse a las nuevas condiciones de vida;

5) los requerimientos biológicos fundamentales han sido los de nutrición, reproducción y defensa;

6) ante cada uno de estos requerimientos, el ser vivo ha tenido que adaptarse con mutaciones que le han permitido sobrevivir;

7) el largo proceso de mutación está inscripto en el cerebro primitivo del hombre como un programa que puede activarse;

8) esta activación se puede producir en el ser humano, sin la existencia real de un requerimiento biológico, por la participación de un cerebro verbal que hace una metáfora del significante biológico (la presa) y lo convierte en psicobiológico (el deseo);

9) al activarse el programa primitivo de mutación ante la amenaza a la supervivencia, las conexiones de esas áreas cerebrales con aquellas que ordenan las respuestas de los órganos son anatómicamente directas;

10) que la consideración de las causas eficientes (los cambios moleculares, genéticos y bioquímicos que ocurren en la enfermedad) deben ser complementadas con las causas finales (el sistema ontogénico de los tumores y los microbios y el sentido biológico de la enfermedad) haciendo así una medicina en correlación con las leyes naturales.

CAPITULO III

LA EVOLUCIÓN II

*“Las personas creen ser libres simplemente porque son
concientes de sus acciones e inconcientes de las
causas que determinan esas acciones.”*

Baruch Spinoza.
Ética.

Historia de la evolución.

Es en la embriología humana en donde vamos a encontrar el ejemplo más dramático de la evolución. Si todos los organismos multicelulares se han desarrollado a partir de células simples, es porque han hecho mutaciones en el ADN celular. Estos cambios han quedado registrados y, al estudiar el desarrollo de un embrión humano, accedemos a la historia del desarrollo de una célula simple evolucionando hacia una especie determinada.

La primera evidencia fósil de la vida en la tierra data de cuatro mil millones de años. La vida que dominaba la tierra, hace dos mil millones de años, estaba representada por las células fotosintéticas. Quinientos millones de años después, la forma superior era la de los protozoarios unicelulares. Los organismos invertebrados (esponjas, vermes, moluscos y esponjas de mar) aparecieron hace seiscientos millones de años. Doscientos millones de años más tarde surgieron los vertebrados, y fueron los peces los primeros en la escala evolutiva. Nacieron los anfibios cien millones de años después. Pero, hace solo cien millones de años, los pájaros se separaron de los reptiles y empezaron a aparecer los mamíferos. Éstos, luego de la repentina extinción de los dinosaurios hace 75 millones de años, pasaron a ser la forma dominante. Los primates se hallaron hace cuarenta millones de años, y se considera a los homínidos como un primate que caminaba erguido y que apareció hace cinco millones de años. Nuestro antepasado biológicamente humano, conocido como Homo Sapiens, es ubicado cien años atrás en África y en Europa.

La historia de la evolución es una historia de catástrofes sucesivas. La situación que permitió siempre la aparición de nuevas formas de vida fue el desequilibrio entre las necesidades biológicas y las fuentes de recursos para satisfacerlas. Al llenar su nicho ecológico y necesitar nuevos recursos, los peces comenzaron a alimentarse de las plantas terrestres y evolucionaron en anfibios. Éstos, al llenar su nicho, crearon otro desequilibrio ecológico que permitió la aparición de los reptiles. Todo ocurrió por la escasez de nutrientes, y la mejora (o ventaja) evolutiva era encontrar otras fuentes de recursos.

Definimos mejora evolutiva como al cambio que aumenta la complejidad de un organismo y, a la vez, disminuye su entropía. Dicha complejidad depende de su eficacia reproductiva y su competitividad para sobrevivir. La entropía es el grado de desorden molecular que existe en los organismos termodinámicos. Actualmente vivimos en un desequilibrio ecológico, no sólo por la escasez de nutrientes para la mayor parte de nuestros semejantes, sino por la desviación de todas las fuentes de alimentación para uso exclusivamente humano, dejando fuera a muchas otras especies animales. Además, es considerable un hecho nuevo en la historia evolutiva: la esterilización y la contaminación de las fuentes de nutrientes (océanos, atmósfera, bosques, etc.)

Generalización y Especialización.

Llamamos a una especie “generalizada” cuando puede sobrevivir en distintos ambientes. Si sólo sobrevive en un ambiente determinado, la llamamos “especializada”. Estas últimas son las que van camino a la extinción.

El peldaño superior de la escala evolutiva siempre estuvo ocupado por el animal más generalizado (es decir, el que podía cumplir múltiples funciones y sobrevivir a los cambios del ambiente) y el más complejo (cuya eficacia y competitividad dependían de su masa cerebral).

Hace cuarenta millones de años, este peldaño era ocupado por los primates. Ellos podían vivir tanto en el suelo como en los árboles pero sin destacarse o especializarse en ninguno de esos ambientes. Eran omnívoros y tenían pies y manos pre-hensiles.

Cuando se llenó el nicho ecológico de los primates, algunos comenzaron a especializarse en el suelo y otros en los árboles. Los especializados en el suelo (papiones y mandriles) se hicieron cuadrúpedos como ventaja evolutiva (recordemos que la ventaja se refiere a aumentar su complejidad y disminuir su entropía), y los que se especializaron en los árboles (macacos y capuchinos) alargaron sus brazos como ventaja para andar de rama en rama. Un tercer grupo quedó generalizado y originó, hace veinte millones de años, el grupo de los homínidos (gorilas, orangután, chimpancés y seres humanos), representando sólo una pequeña parte de la biomasa que por razones numéricas no podía competir con sus primos especializados.

Hace dieciocho millones de años, ocurrió un hecho singular que permitió que este último grupo siguiera generalizado, pero convirtiéndose exclusivamente en habitante del suelo. Esto ocurrió al reemplazar una habilidad por otra. La habilidad para subir a los árboles fue sustituida por la aparición de la bipedestación que dejó las manos libres para usarlas.

Las máquinas.

El nuevo nicho que se creó para estos animales fue el de los animales que crean máquinas.

Definimos como máquina a aquel instrumento que transforma un tipo de energía en otro. En la evolución, las máquinas más importantes son las herramientas, el lenguaje y la organización social.

Los homínidos no tenían instinto para hacer máquinas. Lo tuvieron que aprender, ya que al no destacarse ni en el trepar árboles ni en el correr en el suelo, debieron usar la mejora evolutiva de las manos libres para no extinguirse. Así, comenzaron a construir, utilizar y cargar máquinas.

Hace cinco millones de años, fue la última vez que los homínidos compartieron ADN con otros primates. Uno de los cambios más destacables a partir de esta separación fue la caída de los grandes caninos que dejaron de ser útiles para las luchas por el territorio, siguiendo una de las leyes evolutivas por la que aquellas partes del cuerpo, que no tienen utilidad en la supervivencia, se atrofian.

La lucha con las máquinas aventajaba a las luchas con los caninos. La caída de estos últimos modificó la forma de la boca y de la cara, siendo éste uno de los factores que ayudó con el tiempo a la aparición del lenguaje.

Todos los cambios evolutivos de los homínidos (desde el Australopithecus hasta el Homo Sapiens) ocurrieron en África dada su gran riqueza ecológica.

Al tener las manos libres podían lanzar piedras a las presas. Esto determinó que el sistema nervioso se desarrollara para poder elegir la piedra adecuada, pesarla y medir su trayectoria. El sistema nervioso acompaña a la mejora evolutiva para que no se pierda y quede registrada.

Los homínidos eran unos pocos cientos de miles, pero poco a poco se fueron expandiendo y a través de la selección natural: los que tenían mayor capacidad inventiva y organizativa fueron desplazando a los que menos la tenían.

En concreto, la ventaja evolutiva pasa por comer mejores y más alimentos y por tener mayor capacidad reproductiva. Durante los dos últimos millones de años, el tamaño del cerebro se triplicó, lo que permitió crear máquinas cada vez más complejas que seguían aumentando la ventaja evolutiva.

El aumento del tamaño del cerebro y la postura erguida trajeron consecuencias muy importantes. La hembra, al tener una postura erguida constante, modificó la pelvis, restringiendo así el tamaño del canal del parto. Esto significó que las crías debían nacer con el cerebro inmaduro porque si nacían con el tamaño de un cerebro maduro, el nacimiento se imposibilitaría. De esta forma, las crías continuaban su crecimiento cerebral después de nacidas (al igual que lo hacemos los humanos actualmente), pero eran excesivamente vulnerables y dependientes durante largo tiempo.

Las madres que, hasta entonces, cazaban o colectaban comida, se volvieron completamente incapacitadas durante el tiempo del cuidado de la cría. Si no había machos predispuestos a protegerlas, la extinción sería inevitable. La hembra suavizó su carácter y se sometió a un macho protector. Esta presión evolutiva (es decir, la intención con que las fuerzas naturales guían los cambios en los seres vivos) convirtió a la hembra homínida en el único animal casi siempre predispuesto al acto sexual. Este tipo de contrato sexual de supervivencia logró que los homínidos se extendieran sobre la tierra, llegando hace cincuenta mil años a sobrepasar el millón.

Dada la riqueza ecológica y la fuente de nutrientes, los machos podían tener la responsabilidad de proteger hasta cuatro hembras y sus crías, definiéndose así una poligamia que perseguía las ventajas evolutivas: comer más y reproducirse mejor.

Los homínidos primitivos aún no eran cazadores, sino recolectores y probablemente carroñeros. A medida que se extendieron, comenzaron a competir por otras fuentes de alimentos y se volvieron cazadores, incluyendo la carne en sus dietas.

La posición erguida fue otra ventaja evolutiva, al producirse los grandes cambios climáticos que convirtieron a los bosques tropicales en extensas praderas, ya que pudieron ver más alto a través de los pastos y así distinguir a distancia a sus presas o predadores.

Es por ese entonces cuando aparece la barba en el macho como medio de protección para la competencia, al igual que la extensión en el vello del cuerpo para protegerlo del frío al salir a cazar. Esta situación no fue necesaria en la hembra como ventaja evolutiva.

Los *Australopitecus*

El primer grupo de homínidos que comenzó a expandirse, hace cinco millones de años, fueron los *australopitecus* que ocuparon el peldaño superior de la escala evolutiva durante tres millones y medio de años. Muchos de ellos se especializaron como vegetarianos (*australopitecus robustus*). Esto los llevó a tener intestinos largos que pudieran aprovechar al máximo los nutrientes de los pastos, como actualmente pasa con los gorilas que ocupan ocho horas del día comiendo. Estos *australopitecinos* se extinguieron (la especialización es el camino a la extinción) hace un millón de años y los gorilas se están extinguiendo (quedan solamente quince mil de ellos sobre la tierra).

Otros *australopitecus* se generalizaron y se hicieron omnívoros cazadores. Desarrollaron la domesticación del fuego, las lanzas de palo y los utensilios de piedra tallada. Fueron cazadores solitarios que transmitieron sus habilidades a través del ejemplo.

La selección natural trabajó sobre el cerebro de las hembras para hacerlas maternas y sumisas a machos dominantes y agresivos, que las protegieran a ellas y sus crías, e intolerantes con los otros machos adultos. De ahí que la caza sólo fuera posible de forma solitaria.

Esta presión evolutiva se hizo sobre los centros emocionales influenciados por hormonas y no sobre los centros cognitivos. Es por eso que ambos sexos tuvieron la misma habilidad para crear máquinas. Los cazadores más aptos tenían las mejores hembras y se reproducían mejor. Cuando los jóvenes crecían y competían por las hembras, eran expulsados del grupo o ellos expulsaban a su padre.

Al llenarse el nicho ecológico de los *australopitecus* generalizados, los animales pequeños y medianos fueron exterminados por los cazadores solitarios y sólo había animales grandes. Debido a esto, y para evitar la extinción, la única salida era la caza en grupos. Así, la presión evolutiva actuó sobre el cerebro de los machos para hacerlos más tolerantes entre sí. El adulto comenzó a proteger no sólo a su cría recién nacida, sino a sus hijos jóvenes y éstos, a la vez, dejaron de sentirse atraídos sexualmente por las parejas de su padre o sus hermanas. Este contrato sobre el incesto permitió la ventaja evolutiva de la cacería grupal en familia y, a la vez, mejoró la

reproducción al maximizar la variabilidad genética, disminuyendo la posibilidad de que se combinaran genes perjudiciales.

De esta forma, se abrió un nuevo nicho ecológico, el de los cazadores grupales de animales grandes, como los rinocerontes y los elefantes.

Es así como la cacería grupal, en tanto mejora evolutiva, fomentó la exogamia, llegando a formarse clanes, hace trescientos mil años atrás, de hasta veinticinco individuos.

El género *Homo*.

Hace cuatrocientos años atrás, los homínidos comenzaron a mutar en dos razas:

- 1) El *Homo Sapiens*, generalizado y que desemboca en el humano actual
- 2) El *Homo Erectus*, más específico y que conduce al Neandertal

Anteriormente a esto, hace 2.500.000 años aparece el *Homo Habilis* que fue el que evolucionó al *H. Erectus*. Durante 1.500.000 años, hubo un equilibrio ecológico entre los *australopithecus* (solitarios y vegetarianos) y el género *Homo* (minoritario y grupal). Luego, los primeros desaparecen y los segundos se extienden.

El *Homo Erectus* ya tenía un cerebro con un tamaño similar al humano actual (1.000 cc.) y su mayor presión evolutiva fue la organización social. Se desarrolló un sistema de jerarquías no instintivas sino aprendidas en base a la tolerancia del macho dominante hacia los otros adultos jóvenes y la existencia de las hembras tabú. Esto, junto a las características instintivas de dominación y sumisión, fue suficientes para establecer una cadena de mandos.

Además de la cacería grupal (los animales grandes eran atrapados en fosos o empujados a los barrancos), la mayor ventaja evolutiva fue la aparición del lenguaje, cuyo desarrollo representó una tasa de crecimiento sin precedentes en la historia de la evolución.

El *Homo Erectus* utilizó el lenguaje para comunicar órdenes simples y para archivar eventos, no para crear pensamientos abstractos. Mediante el lenguaje fue posible decirle a alguien que ejecutara una serie completa de acciones relacionadas. La cacería se organizó y aparecieron las jerarquías, los tabúes y las tareas complejas. Esta organización y la construcción de herramientas pudo ser transmitida de generación en generación a través del lenguaje.

La selección natural trabajó asegurando la supervivencia del grupo cazador más efectivo y no del individuo más efectivo, sin importar cual fuera su poder individual. Aquellos grupos que desarrollaron las reglas de cooperación, simpatía y disciplina, para hacer efectivo el funcionamiento grupal, superaron a los que no lo hicieron.

Los individuos dependientes (viejos y minusválidos) morían abandonados. Esta conducta se extendió durante mucho tiempo y dejó secuelas en muchas culturas no tan antiguas. Cuando empezó la cacería grupal se comenzó a cuidar a los heridos o enfermos adultos que tenían habilidades valiosas, para que se recuperaran. Aún aquellos con incapacidades permanentes eran cuidados, siempre que pudieran prestar alguna utilidad en la organización social.

Poco a poco, se fue creando una ética social que aseguraba el cuidado de todos. Se han encontrado fósiles de hombres con mutilaciones, ocurridas muchos años antes de morir, que hubiesen hecho imposible su supervivencia sin el cuidado de los otros. Podríamos decir que fue creándose un nexo de amistad a partir de las batallas compartidas, que generó sentimientos de protección y agradecimiento por los que ya no podían luchar.

Cuando se llenó el nicho de los cazadores grupales, las fuentes de alimentos escaseaban y los grupos comenzaron a dividirse hasta llegar a la unidad familiar. Ya no era posible mantener cuatro hembras con sus respectivas crías y la poligamia de los últimos cuatro millones de años dejó de ser una ventaja evolutiva. La que seguía conservando las características de ventaja era la cacería grupal. Al no haber suficiente comida para alimentar a una familia tan extensa, el macho siguió cazando en grupo pero por necesidad se hizo monógamo.

Mientras el macho era polígamo, no había demasiada ventaja evolutiva en escoger a una hembra en lugar de otra. Como la hembra podía unirse a una sola pareja a la vez, la ventaja existía del lado de la hembra; es decir, escogía el mejor macho para que le diera la mayor seguridad posible. Así, la presión evolutiva apuntó a crear mutaciones en los mecanismos emocionales de las hembras para que éstas fueran más selectivas con los machos, teniendo preferencia sobre

aquellos disponibles y superiores. También apareció una emoción desconocida hasta entonces, dirigida a las rivales que podían disminuir la capacidad proveedora del macho, los celos.

Por lo tanto, al hacerse tan dependiente y exclusiva del macho, la monogamia pasó a ser para la hembra una ventaja evolutiva, ya que el potencial para producir descendientes se maximizaba.

La elección de la pareja, que había sido crucial para la hembra, se volvió sumamente importante también para el macho. La capacidad de la hembra para cuidar a sus hijos y distribuir adecuadamente los alimentos fue la ventaja evolutiva que determinó que la selección sexual dirigida por decisiones inteligentes aumentara la tasa de evolución para la humanidad. La monogamia se convirtió así en un factor directo para la evolución de la inteligencia de los machos.

Al desarrollarse el lenguaje, las bandas de cazadores, que actuaban por separado, se fueron diferenciando lingüísticamente, lo que dificultó el compartir información. Así se desarrollaron algunos tabúes con respecto a emparejarse fuera del grupo lingüístico. Esto, unido a la separación geográfica, fue el origen de la división racial del *Homo Erectus*.

A medida que la población aumentó, aparecieron los conflictos territoriales y las guerras entre bandas, clanes, tribus, naciones y razas (el concepto de nación se refiere a los grupos que tenían un lenguaje en común). Quienes trabajaron juntos contra sus enemigos, sobrevivieron y aumentaron su número. Esto se convirtió en una nueva presión evolutiva para mejorar el lenguaje y de esa forma codificar ideas más abstractas que permitieran que cada uno cumpliera un rol que ayudara al trabajo en común.

Los Neandertal

Aparecieron hace cuatrocientos mil años como una rama de los homínidos, al igual que el *Homo Erectus*. Tenían un cerebro de un tamaño mayor al del humano moderno (1.700 cc.) pero sin el desarrollo del área prefrontal. El tamaño se debía al crecimiento de los centros posteriores, que lo llevaba a tener músculos muy fuerte y visión muy aguda. Eran buenos atletas y mejor dotados que los *Homo Erectus* para construir herramientas. Las protuberancias óseas que rodeaban sus ojos mostraban esta especialización en la visión a larga distancia. Su capacidad lingüística era muy limitada y no accedió a los sonidos complejos del lenguaje.

El Neandertal dominó gran parte de Europa y sobrevivió con algunos ejemplares hasta hace treinta mil años. Se destacaron en la caza de los animales grandes, como el oso de las cavernas, y se los define como valientes y compasivos. Pesaban 90 Kg. de promedio y su estatura no excedía el 1,65 m. Aparentemente practicaban el canibalismo ritual, el arte y la religión.

En pocos miles de años, en lo que puede considerarse el primer genocidio cometido por la raza humana, fue exterminado por esa pequeña minoría que comenzó a invadir Europa desde África, nuestros antepasados directos, los *Homo Sapiens*.

El Cromagnon

El primer *Homo Sapiens* fue el Cromagnon. Tenía un cerebro totalmente moderno, aunque el 20 % más grande (lo que habla de la degeneración del cerebro moderno). Pesaba 90 Kg. Y medía 1,80 m.

El fósil más antiguo de *Homo Sapiens* data de cuatrocientos mil años. Se generalizó en los climas templados de África e invadió Europa hace 45.000 años. En quince mil años, hicieron desaparecer a los Neandertal.

No se han descubierto fósiles intermedios, lo que demuestra que no ha habido cruce sexual entre los Sapiens y los Neandertal. Esto pudo haber ocurrido por la intolerancia de las mujeres Cromagnon o porque los machos no se sentían atraídos por las hembras Neandertal. Conociendo la inclinación poligámica del Sapiens, debemos concluir que las hembras eran repulsivas para nuestros antepasados. También pudo ser que no fueran mutuamente fértiles.

El Homo Sapiens

La evolución del Homo Sapiens no ha sido biológica sino cultural. De hecho, podemos decir que nosotros, los humanos actuales, estamos degenerando a nivel biológico.

La adaptación fundamental fue la diferenciación en cinco tipos raciales básicos con algunas especializaciones a nivel físico, para protegerse del frío o del sol.

Aquí, la competencia se focalizó en la habilidad para construir y usar máquinas que aprovecharan mejor los recursos naturales.

Al construir máquinas, los seres humanos incrementaron su inteligencia generalizada y evitaron la especialización. Esta inteligencia fue pasando de generación en generación a través de la organización psicosocial, pues ningún humano ha nacido sabiendo construir máquinas.

Ha habido muchos inventos (agricultura, matemáticas, gobiernos) que fueron reemplazando a tecnologías primitivas y que no se heredaron genéticamente. En la actualidad, el ser humano se ha hecho dependiente de esos inventos. Ellos se han convertido en extensiones del cuerpo, sirviendo a funciones que anteriormente sólo se lograban con especializaciones biológicas. El garrote sustituyó a los brazos fuertes, la piedra afilada a los colmillos.

Hoy hay máquinas que nos permiten ver más lejos que los Neandertal o que nos calientan el aire mejor que su nariz larga. El lenguaje nos ha permitido procesar, archivar e intercambiar información al igual que lo hace el sistema nervioso. Se ha creado una máquina que trasciende nuestros límites biológicos. Estos últimos están dados por la cantidad de ADN que puede contener una célula que, a su vez, depende de la proporción entre su masa y su superficie. Esto, junto con otros factores, ha determinado que la evolución a través de las mutaciones genéticas no pueda ir mucho más allá del ser humano.

Sin embargo, la información disponible mediante la evolución psicosocial es ilimitada. El cerebro del hombre es más pequeño que el del Cromagnon pero su complejidad es mucho mayor. A partir de la agricultura y la civilización, muchos humanos defectuosos sobrevivieron y se reprodujeron especializándose en tareas que no hubiesen podido existir en una sociedad cazadora generalizada . Podemos decir que se compensó la entropía biológica creciente.

Lo trans- disciplinario

Este pequeño recorrido sobre la evolución nos permite concluir que los conceptos de territorio, identidad grupal, incesto, etc., han sido montados en el cerebro humano como una ventaja que ha ido incorporándose por la presión que ejerce la supervivencia.

Según Maturana, el sistema nervioso es un sistema determinado estructuralmente; es decir, es un conjunto de elementos conectados de tal manera que sólo puede funcionar de acuerdo a esa estructura. A esto, le llama “clausura operacional”: el sistema nervioso sólo es afectado por aquello que su constitución le permite detectar (lo que no detecta, no le afecta).

A este concepto, y para acercarnos a entender cómo se inscribe la evolución en el cerebro del hombre, vamos a sumar lo que aporta Edelman con su teoría de los grupos neuronales. Según este investigador, cualquier teoría que intente explicar el funcionamiento del sistema nervioso debe tener ciertas características:

- 1) Debe estar de acuerdo con los datos que conocemos acerca de la evolución del sistema nervioso.
- 2) Debe explicar las respuestas adaptativas del sistema nervioso a las situaciones nuevas.
- 3) Debe mostrar cómo las funciones del cerebro se desarrollan a medida que el cuerpo crece y experimenta.
- 4) Debe reconocer mapas cerebrales que expliquen el funcionamiento de los flujos de percepción.

- 5) Debe explicar la aparición del lenguaje, de la categorización perceptual y conceptual, de la memoria y la conciencia.
La teoría de los grupos neuronales de Edelman descansa en tres principios:
 - 1) Durante el desarrollo evolutivo, hay una selección de ciertas zonas del cuerpo que quedan asociadas a algunas zonas cerebrales. A esto le llama “repertorio primario”.
 - 2) Las conexiones sinápticas formadas son reforzadas o debilitadas por procesos bioquímicos que dependen de la memoria. Lo llama “repertorio secundario”.
 - 3) Los repertorios primarios y secundarios forman mapas en el cerebro, que pueden estar ligados por señales durante un cierto tiempo de acción.

Al hablar de grupos neuronales repertorios y mapas cerebrales, advertimos que la unidad funcional del sistema nervioso, más que la neurona, parecen ser las conexiones multidireccionales. Si esto es así, la activación de estas conexiones puede estar dada no por un solo estímulo, sino por diversos tipos de acontecimientos. Cada mapa reaccionaría ante tipos específicos de estímulos, pero sus señales se transmiten a otros mapas que reaccionan ante otro tipo de estímulos. La repetición de las señales establece progresivamente una asociación preferencial, que hará que ciertas respuestas del mapa 1 queden ligadas a las del mapa 2.

Edelman explica que todas las conductas son seleccionadas así durante el curso de la evolución y siguiendo los principios adaptativos de la supervivencia. Las primeras manifestaciones se producen en las áreas del ritmo cardíaco y respiratorio, la sexualidad y la alimentación. Las funciones del pensamiento seguirían los mismos principios básicos, pero con un desarrollo de mayor complejidad.

Con respecto a las categorías conceptuales, Edelman expresa que el concepto es anterior al lenguaje, siendo un producto de la evolución del cerebro y de la relación entre los mecanismos de la percepción y de la memoria. Ante situaciones semejantes, se reacciona de forma similar, relacionando una categoría perceptiva con otra. Surge, así, la memoria. Es decir, habría tres áreas anteriores al lenguaje: la percepción, el concepto y la memoria. La aparición del lenguaje hace surgir una nueva memoria que relaciona los fonemas con las otras categorías ya existentes, fundándose la conciencia humana o conciencia superior.

Creemos que estos conceptos son valiosos aportes para pensar una epistemología basada en la biología que nos permita superar el concepto de interdisciplina y comenzar una búsqueda transdisciplinaria.

Es por eso que ahora vamos a proponer un pasaje por los mecanismos del aprendizaje del miedo, la memoria y la conciencia.

El Miedo

El miedo es un mecanismo cerebral que detecta el peligro y produce respuestas que aumentan la posibilidad de supervivencia. En este concepto habrá que profundizar cuatro elementos: 1) el mecanismo cerebral del miedo; 2) el tipo de respuestas que provoca; 3) como se aumenta la probabilidad de supervivencia y 4) qué significa el peligro.

En relación con otros animales con los que comparte el mundo, podemos decir que el hombre no ha reducido sus predadores, sino que los ha cambiado por otros. A partir de la organización social y del desarrollo abstracto del lenguaje, los peligros tienen que ver con el orden social y la propia estructura mental de la persona. Podemos decir que el hombre se ha vuelto predador de sí mismo.

Cuando el peligro se detecta, las posibilidades de responder en los vertebrados se reduce a cuatro maneras: 1) retirada; 2) ataque; 3) sometimiento; 4) inmovilización. La homogeneidad en la respuesta indica una indudable programación en el cerebro humano y se acompaña de una misma respuesta fisiológica (analgesia por estrés, defensa cardiovascular, liberación de ACTH, etc).

Si bien las respuestas en el hombre son las mismas, su mayor capacidad cognitiva determina que reaccione ante estímulos que una rata, por ejemplo, ni siquiera es capaz de percibir.

La complejidad de la organización psicosocial y la propia estructura del lenguaje ha convertido en estímulos, que pueden originar respuestas de miedo, a determinados hechos que para otros animales no tienen valor de estimulación.

Entre el predador y la presa existe lo que podemos llamar una competencia evolutiva. Cuando uno de ellos cambia una actitud para que ésta no siga siendo un estímulo que le da ventaja al otro, este último produce otro cambio para neutralizarlo. En la naturaleza, si un animal cambia de color para pasar inadvertido, su presa o depredador mejora su olfato para percibirlo mejor. Esta competencia evolutiva por la supervivencia (que podríamos abstraer en el plano humano a los sutiles tamices de la convivencia) se rompe en lo que se ha llamado “el principio de vida / comida”. Los conejos corren más rápido que los zorros porque para éstos los conejos son parte de su comida. Para los conejos, es su propia vida lo que está en juego. Es decir que cuando la supervivencia es realmente amenazada, la presión evolutiva puede crear cambios desequilibrantes. De hecho, los cambios genéticos sólo ocurren cuando la amenaza de extinción es posible (debemos recordar que la enfermedad es la activación de un programa biológico de supervivencia ante un hecho que ha desbordado el principio de vida / comida).

El condicionamiento del miedo

Podemos definir al condicionamiento del miedo como la conversión de estímulos desprovistos de significado en señales de peligro. El ejemplo clásico es poner una rata en una jaula, hacerla escuchar el sonido de un timbre e inmediatamente someterla a una descarga eléctrica.

Quien los describe por primera vez es un científico ruso, llamado Pavlov. Él observó que el perro aumenta la salivación en presencia de un trozo de alimento. Al asociar este hecho con el sonido de una campana, descubre que, luego de varias exposiciones a estos estímulos, el perro aumenta la salivación sin necesidad de presentarle el alimento y con sólo hacerle escuchar el sonido de la campana. Pavlov llamó al trozo de alimento “estímulo no condicionado” y al sonido de la campana “estímulo condicionado”. A la salivación del perro la llamó “respuesta condicionada”.

En el ejemplo clásico, el estímulo no condicionado es la descarga eléctrica, el estímulo condicionado es el sonido del timbre y la respuesta condicionada es alguna de las respuestas del miedo (inmovilidad, ataque, huida).

El aprendizaje de este condicionamiento es rápido y persiste durante toda la vida del animal (sea en forma manifiesta o latente). Puede ser provocado por estímulos reales o imaginarios. No depende del miedo conciente (éste es una consecuencia del miedo condicionado y de ninguna manera su origen).

En el mecanismo cerebral que las organiza esto, no interviene el neocórtex. El pensamiento, el razonamiento y la conciencia no participan en su aparición. Recordemos que el neocórtex es el que discrimina entre los distintos estímulos y, por lo tanto, aquí esta discriminación no existe.

La vía fundamental del aprendizaje del miedo es la conexión del tálamo con el núcleo amigdalino. Es interesante notar que las conexiones entre el tálamo y la corteza son actualmente mucho más importante que en los animales primitivos, de lo cual deducimos que las conexiones entre el tálamo y la amígdala son un vestigio evolutivo. Al saber que este vestigio se ha conservado intacto durante millones de años, debemos comprender la inmensa utilidad que el aprendizaje emocional ha tenido en la vida de todos los tiempos, inclusive en la nuestra.

En una rata, el estímulo llega al núcleo amigdalino en 12 milisegundos. El mismo estímulo llega a la corteza en 24 milisegundos. Las dos vías se activan simultáneamente.

Si vamos por un bosque y oímos un crujido, las dos vías reciben el estímulo. La tálamo-amigdalina responde emocional y físicamente, como si se tratase de una serpiente(aumento de las hormonas del estrés, inmovilidad, etc.). No hay discriminación sino defensa ante el peligro. La córtico-talámica analiza y discrimina que el ruido es producido por una rama, pero la defensa ya existe ante la probable serpiente.

Podemos decir que la vía directa predispone a la respuesta y la vía indirecta evita la respuesta inadecuada. Es posible que la vía directa sea la responsable de múltiples respuestas que aún no comprendemos.

La tesis que vamos a sostener es que la enfermedad es el resultado de un conflicto entre las dos vías, fruto de un diálogo que surge de las propias leyes del lenguaje.

La extinción del condicionamiento

En los años 60, Seligman comprobó que el miedo condicionado puede extinguirse rápidamente si se le impide al animal producir la respuesta física de miedo y, a la vez, no se le da ninguna alternativa para huir o evitar el estímulo condicionado. Esto se logra rodeando a la rata con un muro, luego de haber establecido el condicionamiento con el sonido del timbre y la descarga eléctrica. Se sigue haciendo sonar el timbre y la rata, al no poder saltar por la presencia del muro, aprende que la descarga eléctrica ya no existe. Primero se queda inmóvil y, luego, al sacarle el muro, ya no salta cuando suena el timbre.

Es necesario decir que la evolución de la vida ha tenido mucho que ver con el aprendizaje condicionado del miedo. Muchas de las respuestas que así se generaron, han quedado depositadas en los genes por su importancia para la supervivencia.

Actualmente vivimos en ambientes muy diferentes de aquellos en los que vivían nuestros antepasados, pero nuestra disposición genética sigue reconociendo peligros primitivos que actualmente no existen o no amenazan ya nuestra supervivencia.

La complejidad del lenguaje tiene una activa participación en volver amenazantes situaciones que en referencia a la supervivencia pueden no ser graves. Muchos individuos reconocen rápidamente situaciones de peligro en donde otros no las perciben. Las ratas tienen un miedo ancestral a los lugares abiertos. Si se las pone en el centro de una habitación, inmediatamente corren hacia una de las paredes. En el camino suelen dejar unas pequeñas deposiciones. Cuanto más deposiciones dejan se concluye que más miedo tienen ante esta situación. Así se han emparejado por un lado las que mayores deposiciones dejan y por el otro las que menos dejan. Al cabo de cinco generaciones se han obtenido grupos de ratas cobardes y grupos de ratas valientes.

En los seres humanos, esto puede entenderse como un hecho físico (como lo hace la medicina biológica) o como pautas de conducta que se transmiten de generación en generación formando constelaciones arquetípicas que podríamos llamar “novela familiar”.

Nosotros creemos que ninguna de estas dos visiones deben considerarse por separado y que en cada paciente debe tenerse en cuenta qué necesita (con su biología y su historia) en ese momento y para ese programa que él activó con un sentido singular y que llamamos enfermedad.

Volviendo a la extinción del condicionamiento, digamos que depende del dominio de la corteza prefrontal media sobre las señales de salida del núcleo amigdalino. Es necesario aclarar que la extinción sólo evita la manifestación, pero de ninguna manera borra los recuerdos de la respuesta. Esto ocurre porque las neuronas del núcleo amigdalino crean ensamblajes celulares que, aún en ausencia de estímulos, no se inactivan. *La memoria de un condicionamiento aprendido no se borra y un simple cambio en la intensidad de la señal de entrada puede reactivar esos recuerdos.*

Los recuerdos inconcientes del miedo quedan para siempre en nuestros cerebros. Esto tiene una enorme utilidad en un mundo estable, ya que evita tener que volver a aprender que una situación es peligrosa cada vez que se presente. En un mundo como el humano, en que las situaciones de peligro han cambiado, esas marcas indelebles crean muchas veces situaciones inapropiadas. Cada especie tiene señales propias que activan el núcleo amigdalino. Por ejemplo, las ratas cuando ven un gato producen un chillido ultrasónico que los gatos no pueden oír.

En el ser humano, el objeto aparece y el núcleo amigdalino lo detecta. Se genera la respuesta del miedo sin recuerdo conciente.

La clasificación de los miedos

Clásicamente, se ha dicho que el bebé nace con un único miedo, el miedo a caer. A partir de los estudios con TAC cerebral que realizó Hamer en los recién nacidos, podemos observar que muchos bebés nacen con infinidad de miedos expresados en focos concéntricos en determinados lugares del cerebro.

Según la clasificación americana hay tres tipos fundamentales de miedo: la fobia, el pánico y el estrés traumático.

En la fobia, lo más importante es el estímulo condicionado. En el estrés traumático lo que más importancia tiene es el estímulo no condicionado. Las señales no sólo llegan al núcleo amigdalino, sino también al lóbulo temporal produciendo ansiedad (reconocimiento conciente), que actúa como un nuevo estímulo sobre el núcleo amigdalino.

Si, por razones genéticas, predominan las vías que van del tálamo hacia el núcleo amigdalino sobre las que van hacia la corteza, no se alcanzan a distinguir los estímulos y se tienen reacciones desmedidas, pudiendo un portazo convertirse en un disparo.

El pánico no necesita estímulos externos. Es posible provocarlo haciendo hiperventilar a una persona o con otras técnicas como la inhalación de una mezcla rica en CO₂, la inyección intravenosa de lactato de sodio o con un *feedback* falso de un ritmo cardíaco. El pánico es interpretado como una reacción ante estímulos internos. Donald Klein propone que el pánico es la activación de un mecanismo de alarma, evolutivamente antiguo, por la disminución de la presión de oxígeno. Wolpe entiende que el primer ataque se produce por un aumento de CO₂, a través de una hiperventilación generada por cuadros de ansiedad prolongada.

Lo cierto es que, después del primer ataque, los síntomas generados (taquicardia, sudor, hipertensión arterial) se convierten en estímulos condicionados de miedo capaces de activar ataques de pánico. Es decir, hay un circuito de retroalimentación que no necesita de causas externas. Los órganos y la química interna del propio sujeto envían mensajes que el cerebro interpreta como un estado de alarma generalizado ante una amenaza inminente. Se habla frecuentemente de los estímulos condicionados como la acción de un asesino silencioso.

Hay neuronas en el tronco cerebral inferior muy sensibles a los cambios de CO₂ en la sangre. El núcleo amigdalino recibe la información de esa zona (éste es el estímulo no condicionado) y de los órganos del cuerpo (éste es el estímulo condicionado). Así activado el SNA, también se activa el neocórtex, a través de la memoria de estos mismos síntomas que se asocian a ataques de pánico anteriores. El neocórtex informa a la amígdala y así se activa el SNA.

Podemos concluir entonces que la cadena de sucesos, a veces, puede comenzar con un acto de cognición cortical. Aquí participan una memoria anterior al lenguaje y una memoria posterior a la aparición del lenguaje. Recordemos que la memoria preverbal surge de la asociación de las áreas de percepción a través de la repetición de señales entre distintos mapas cerebrales y que, de esta forma se generan las áreas de conceptos que hacen surgir pautas de conductas asociadas a la memoria de la especie.

Creemos que el mecanismo del miedo es muy similar al mecanismo DHS-FH-Simpaticotonía descrito por Hamer en la evolución de la enfermedad, y que, junto con la teoría de los grupos neuronales de Edelman, deberían unirse a las leyes del lenguaje para tratar de acercarnos al origen de los llamados procesos patológicos.

La evitación

Resumiendo decimos que el aprendizaje de evitación se aprende en dos fases: 1) comienza con el condicionamiento del miedo, interviniendo aquí el núcleo amigdalino y 2) continúa con el aprendizaje de una respuesta que pueda inhibir el miedo adquirido, interviniendo aquí los ganglios basales, la corteza prefrontal y el hipocampo. La rata primero se queda inmóvil y luego salta al escuchar el sonido. Este aprendizaje de evitación es también inextinguible.

Un ejemplo de cómo actúa el cerebro es el uso de la droga llamada Diacepán. Ella se enlaza a los receptores de benzodiacepina de todo el cerebro, que facilitan de los efectos de un neurotransmisor de evitación llamado gama amino butírico (GABA). Es decir, facilita la inhibición de la respuesta de evitación, elevando el umbral de ansiedad y sin provocar respuestas de miedo. También actúa disminuyendo la capacidad de memoria del hipocampo para desencadenar miedo.

Creemos que la respuesta de evitación es un importante aliado terapéutico que nunca debería dejarse de lado en el tratamiento de la enfermedad, fundamentalmente en la fase de simpaticotonía.

Cuando el conflicto psicobiológico se ha activado, es sumamente difícil evitar sus consecuencias y, por sobre todo, la instalación de un proceso que podríamos llamar “estado cancerínico”, a través del cual las lesiones vuelven a reiterarse, a pesar de los tratamientos instituidos.

El programa de enfermedad activado (proliferación celular, necrosis, úlceras o disfunción) insiste porque el requerimiento psicobiológico no ha sido satisfecho. Es inútil seguir cortando, irradiando o medicando sin tener en cuenta que el sujeto enfermo debe entrar en una fase de normotonía, producto de la solución o la desactivación del conflicto.

Muchas veces, no hay tiempo o es francamente imposible abordar la solución del conflicto. Es aquí cuando el mecanismo de la evitación debe ser abordado para poner al paciente en condiciones tales que ningún acto médico pase a ser considerado por el cerebro como una reactivación del conflicto.

Si a un paciente con un adenocarcinoma de pulmón se le hace quimioterapia en plena fase de conflicto activo, no sólo la simpaticotonía es exacerbada (aumentando la respuesta celular-humoral de esta fase) sino que el efecto químico de destrucción celular produce una mayor intensificación del conflicto de muerte.

La memoria

Recordemos que los sentimientos son la experiencia conciente (percibir y recordar) de que un mecanismo cerebral está activado. Sabiendo qué es la conciencia, sabremos qué es el sentimiento.

Desde el punto de vista de las neurociencias, conciencia es igual a la memoria de trabajo. Si le pedimos a alguien que memorice seis números y luego le pedimos una nueva operación mental (por ejemplo restar otro número hacia atrás en pares), probablemente los números memorizados se olviden. Esto ocurre porque el acto de pensar sucede en un área mental con una capacidad limitada. Cuando hacemos la resta, usamos un espacio ya ocupado y lo borramos para usarlo. A este espacio, lo llamamos memoria de trabajo. Antes, se le llamaba memoria de corto plazo. Posee una capacidad de hasta siete unidades de información. Una unidad puede ser todo lo que se recuerde de la geografía argentina y otra unidad todo aquello que se almacene sobre la literatura francesa.

Es un mecanismo de memoria temporal (conocido también como banco de memoria temporal) que tiene un objetivo. Cada sistema sensorial posee uno de esos bancos que hace que se compare lo percibido en ese instante con lo que se percibió segundos antes. Por ejemplo, los bancos de lenguaje permiten retener la primera parte de la frase, hasta que la otra parte se termina de escuchar.

En cada unidad de información se perciben y combinan diferentes tipos de datos (nombre, apariencia, sonido, olor, etc.). La memoria de trabajo posee un área de funcionamiento donde se retiene la información y un área ejecutora que activa los mecanismos que participan. El estímulo se reconoce cuando el mecanismo de funcionamiento de la memoria de trabajo coincide con la información almacenada en la memoria a largo plazo.

Quien participa de los aspectos ejecutores de la memoria de trabajo es la corteza prefrontal lateral, ya que está conectada con:

- 1) la corteza motora
- 2) las zonas que participan de la memoria a largo plazo
- 3) los sistemas sensoriales
- 4) el hipotálamo

En el lóbulo frontal se encuentra la llamada “red de atención”, ocupada de la atención selectiva y la toma de decisiones, que se ubica en la corteza anterior de la circunvolución del cuerpo calloso. La zona orbitaria de la corteza prefrontal tiene que ver con las decisiones correctas o incorrectas, su lesión provoca conductas antisociales.

Lo que sabemos en este instante es lo que se ha almacenado en nuestra memoria de trabajo. Conciencia es el conocimiento de dicha memoria. Para ser conciente de un hecho, debe relacionarse la representación mental de ese hecho (es decir, la activación de la función ejecutora

de la memoria de trabajo, que no es otra cosa que la atención) con la representación mental de un agente experimentador (que se integra a la memoria de trabajo como “yo”). Como principio fundamental decimos que la conciencia trabaja con un solo elemento por vez, trabaja en serie. Lo inconsciente lo hace con varios elementos a la vez, es decir, en paralelo. Agreguemos a este principio que los procesadores en serie trabajan con símbolos y que los procesadores en paralelo trabajan con códigos. Así podemos definir a la memoria de trabajo como un procesador que crea y manipula representaciones simbólicas.

Feedback físico

La activación del núcleo amigdalino produce distintas respuestas:

- 1) Conductas propias de cada especie, como la huída, las expresiones faciales, la lucha, etc.
- 2) Respuestas del sistema nervioso autónomo, como la taquicardia, el sudor y el erizamiento.
- 3) Respuestas hormonales, como la liberación de esteroides, adrenalina y péptidos.

Todas estas señales regresan al cerebro, produciendo distintos *feedback* químicos que pueden darle un tinte único a cada emoción. Si le damos un *feedback* falso de su ritmo cardíaco a una persona, ésta siente “como si” estuviera emocionalmente activado. Esto sólo puede existir en un cerebro que experimentó el *feedback* real muchas veces, de modo que ahora lo pueda imaginar.

De todos modos, sabemos que las respuestas viscerales son lentas. Las señales tardan casi dos segundos en ir desde el cerebro hasta las vísceras y en regresar al cerebro. Algunas hormonas, como los esteroides, pueden tardar horas en llegar al cerebro.

Concluimos que debe haber en la memoria de trabajo una representación cognitiva de este *feedback* físico para influir en lo que se siente y en lo que se decide.

No es posible tener una experiencia emocional prolongada sin el *feedback* corporal o sin el *feedback* “como si”, ya que es el cuerpo el que proporciona la sensación o el recuerdo de la sensación

Conciencia

Pensar no es ser conciente. Para que haya conciencia, es preciso relacionar varias cosas al mismo tiempo

- 1) Tener noción del “yo” como agente experimentador.
- 2) Percibir el estímulo.
- 3) Recordar experiencias pasadas con ese estímulo.

Si se tiene conciencia, se tienen sentimientos. Pero es absolutamente posible la conducta emocional sin la percepción del estímulo que la desencadena, y sobre el cual no podríamos reflexionar. Con las palabras se le puso nombre a estados emocionales, estructurándolos de un modo lingüístico.

Si observamos el camino evolutivo del cerebro, podríamos ver hacia donde nos lleva la evolución. Actualmente el núcleo amigdalino tiene mucha más influencia sobre la corteza que ella sobre él. Podríamos decir tranquilamente que la emoción domina a la razón.

La corteza, a través de los pensamientos, puede activar al núcleo amigdalino, haciendo surgir emociones, pero es muy poco eficaz para desactivar al núcleo (sabemos que pensar en no tener miedo no ayuda gran cosa).

Evolutivamente las conexiones de la corteza hacia el núcleo han continuado expandiéndose. Si ambas vías de conexión llegaran a un equilibrio, se lograría una integración armoniosa entre la razón y la pasión. Esto podría interpretarse como el mensaje que la evolución nos da sobre el posible futuro de la humanidad.

Aprendizaje traumático

Los recuerdos concientes del aprendizaje traumático se establecen a través del hipocampo y la corteza relacionada con él. Sus recuerdos inconcientes se producen a través del núcleo amigdalino. Los dos mecanismos son simultáneos y almacenan diferente información de la misma experiencia. Ya podemos hablar de los recuerdos inconcientes como de aquellas respuestas físicas que provoca el núcleo amigdalino.

Ahora podemos decir que los recuerdos concientes pueden faltar si el mecanismo del hipocampo falla. La principal causa de esta falla es el estrés que provoca lesiones en las dendritas del hipocampo. Singularmente encontramos el hipocampo reducido en las personas que han sido abusadas sexualmente en la niñez, en algunos veteranos de la guerra, en la enfermedad de Cushing y en los medicados con corticoides durante mucho tiempo.

Recordemos que, durante el estrés, el hipocampo envía información al hipotálamo y así actúa en la hipófisis y en las suprarrenales para que disminuyan la secreción de esteroides. Es justamente este mecanismo el que falla si el estrés dura demasiado tiempo.

Otra de las funciones del hipocampo es la memoria. Si el estrés es leve, la memoria se activa. Si es intenso, la memoria se pierde. Si durante el suceso traumático, el hipocampo está desconectado, el recuerdo se pierde. Si la conexión es débil, el recuerdo es débil. La distorsión del recuerdo es frecuente. El recuerdo es la reconstrucción de una función, la activación de una función de almacenamiento que se encuentra en la memoria a largo plazo. Incluso se pueden crear recuerdos falsos creyendo el individuo que es real.

El estrés puede potenciar al núcleo amigdalino y, por lo tanto, es posible un recuerdo conciente débil con una respuesta inconsciente intensa. Cuando el núcleo amigdalino detecta el peligro, da la orden de liberar ACTH. Cuando los esteroides llegan a un nivel en sangre, el hipocampo avisa al hipotálamo para que disminuya la secreción, a través del factor de secreción de corticoides (FSC). Con niveles críticos de esteroides, el hipocampo empieza a fallar. En las mismas condiciones, aumenta el FSC en el núcleo amigdalino. Es decir que el estrés afecta en forma distinta al hipocampo y al núcleo amigdalino. Decimos, es él mismo quien aumenta el aprendizaje y la memoria que dependen del núcleo amigdalino, es decir, las respuestas condicionadas. Si el estrés deteriora el hipocampo, sabemos que reaccionamos ante el peligro antes que pensar en él. Cuando fallan las funciones superiores, la evolución piensa por nosotros. Una fobia puede mantenerse inhibida por años y un suceso estresante la activa. El trastorno que aparece no lo genera el estrés, sino los conflictos anteriores, pero es él quien lo hace manifestar. El estrés hace fallar los controles de la corteza sobre el núcleo amigdalino y los conflictos extinguidos vuelven a manifestarse.

Recordemos que la extinción no es borrar los recuerdos, sino impedir que se manifiesten. También, el hipocampo es el que crea la representación contextual del condicionamiento, es decir, todos los estímulos que acompañan en tiempo y lugar al estímulo directo que crea el condicionamiento.

La amígdala

El elemento clave de defensa, desde antes que las aves y los mamíferos se separaran de los reptiles, es el núcleo amigdalino. Lo llamativo es que la forma de defenderse del peligro pueda ser diferente en las distintas especies, pero el órgano que regula la conducta ante el peligro en todos ellos es el mismo. Podemos decir que todos somos lagartos emocionales.

La cognición participa sobre las emociones de dos maneras:

- 1) Como fuentes de señales que pueden desencadenar reacciones emocionales predeterminadas.
- 2) Tomando decisiones sobre la acción que debemos realizar a continuación.

Las respuestas de la amígdala son una solución de emergencia. La cognición permite el paso de reacción a acción. Esto tiene un precio: no sólo pensamos en la mejor acción, sino también en lo que pasará si el plan falla. Aparece la ansiedad. Todo depende de nuestra disposición genética, de las vivencias pasadas y de la creatividad cognitiva.

Así, habría dos tipos de memoria:

 - 1) Una conciente de las experiencias pasadas, potencialmente disponible. Es la llamada memoria declarativa o explícita.
 - 2) Una inconsciente, que no siempre está disponible y que depende del mecanismo del condicionamiento del miedo. Es la llamada memoria no declarativa o implícita.

La primera es el recuerdo de la emoción y la segunda es el recuerdo emocional.

Se demostró que inyectando adrenalina a las ratas, inmediatamente de haber aprendido algo, éstas tienen un recuerdo más intenso de dicho aprendizaje. Esto se llama memoria de impacto o de destello.

La memoria a largo plazo se encuentra en el hipocampo, en donde se depositan los recuerdos de pocos años atrás. Al pasar algunos años, los recuerdos pasan al control del neocórtex. Vemos como en el Alzheimer, primero es afectado el hipocampo y luego el neocórtex, atravesando el prosencéfalo.

Seguiremos hablando de la memoria cuando abordemos en la clínica la forma en que los conflictos biológicos se activan.

Lo que queremos rescatar inicialmente es la existencia de esta memoria implícita que trabaja paralelamente con distintas áreas, pero que, a través de la conexión de los mapas cerebrales, está asociada a una memoria que no sólo funciona en serie, analiza y discrimina, sino que es verbal y con contenidos simbólicos particulares a la historia de cada sujeto.

Es esta unión la que va a permitir que un comportamiento biológico programado (crecimiento celular, necrosis, úlceras) se active ante una necesidad de supervivencia, pese a que no esté presente dicha necesidad y, simplemente, surja de una lógica corporal que pertenece a la evolución de millones de años, no a la de un ser humano en su paso por la vida.

CAPITULO IV

EMBRIOLOGIA

Embriología Humana

Rama de la biología que se ocupa del estudio del desarrollo de los cromosomas de los embriones animales. Durante el siglo XX se produjo un hecho muy importante dentro de la genética, la medicina y la embriología, el esclarecimiento y revelación de la *morfogénesis*, es decir, la comprensión del desarrollo de las formas y modelos de los órganos, para la diferenciación celular en el desarrollo de las células y tejidos.

Según las actuales observaciones, ha quedado evidenciado que se origina un estímulo que procede del material que se invagina durante el proceso de gastrulación. Estas células, que se invaginan sobre el futuro lado dorsal del embrión, tendrían la capacidad de inducir la diferenciación de las células superpuestas a los órganos axiales primarios y las estructuras asociadas como el sistema nervioso, los segmentos musculares y la notocorda.

Desarrollo Embriológico

La especie humana pertenece al *Phylum Chordata*

Aspectos Embriológicos comunes en los cordados. Filogenia y evolución

Simetría:

Los cordados son animales de simetría bilateral, es decir que hay un solo plano, el que pasa por su eje longitudinal, que divide al animal en dos mitades aproximadamente iguales. Esta simetría es obligada debido a la existencia de órganos únicos longitudinales y medios y órganos bilaterales pares.

Notocorda:

La notocorda o cuerda dorsal (futura columna vertebral) es un eje flexible en sentido lateral. Aparece relacionado con un particular método de locomoción: si un músculo se contrae de un lado, retrae el contrario o el opuesto, permitiendo movimientos de propulsión hacia los lados y hacia delante.

Tubo Nervioso:

En los cordados, el sistema nervioso se origina en un tubo situado longitudinalmente a todo lo largo del cuerpo, en la región dorsal y media, por encima de la notocorda. Las estructuras anteriores adquieren una mayor complejidad evolutiva, llamada *cefalización*.

Tubo Intestinal:

La cavidad, que delimita el Endodermo, se transformará posteriormente en un tubo situado longitudinalmente y por debajo de la notocorda, denominado *intestino primitivo*, que originará el tubo digestivo.

Metámeras:

La notocorda aparece en la evolución como una estructura que posibilita un particular método de locomoción. Para que esto sea posible, es necesario que los músculos de cada lado no constituyan una masa única a lo largo del cuerpo, sino que se dividan en pequeñas porciones o segmentos. A esta separación en sectores sucesivos, en sentido antero posterior, se la conoce con el nombre de *metamerización*.

Celoma:

Por fuera de las somitas, el Mesodermo queda interpuesto entre el tubo digestivo y el Ectodermo. Una gran cavidad situada a todo lo largo del cuerpo, se forma a cada lado en el espesor del Mesodermo lateral y se conoce con el nombre de celoma. Éste divide al Mesodermo lateral en dos hojas: *hoja interna*, que se aplica sobre el Endodermo, “*Mesodermo esplácnico*”; y la otra, *hoja externa*, que se aplica sobre el ectodérmico, “*Mesodermo somático*”

La función del celoma es independizar el tubo digestivo y el resto de las vísceras de origen endodérmico de la pared del cuerpo.

Miembros:

Los miembros aparecen como auxiliares secundarios en la locomoción, pero en el proceso de la evolución se constituyeron en elementos fundamentales. Son una especialización del Mesodermo somático a cada lado del embrión.

Los arcos branquiales:

A medida que se produjo la evolución, aparecieron los primeros esbozos de branquias que diferenciaban el proceso de nutrición de la respiración. Las branquias entonces eran las encargadas de realizar la oxigenación de la sangre que por ellas circula.

Aparato excretor:

En el proceso de evolución también se modificó el sistema de excreción, que se hicieron cada vez más complejos y mejor adaptados a su tipo de vida, alimentación y metabolismo. Aparecen el pronefros, mesonefros, metanefros, nefrón, etc., sistemas bilaterales de origen mesodérmico (intermedio).

Ley biogenética fundamental

Se trata del principio enunciado por Haeckel, según el cual los organismos repetirían durante su desarrollo embrionario todas las etapas seguidas por sus predecesores: “La Ontogenia repite la Filogenia”

Fecundación y segmentación Embrionaria

Fecundación:

Proceso complejo que culmina con la unión de ambas gametas (espermatozoide y óvulo) para formar el huevo o cigoto futuro. Biológicamente se entiende como la fusión de materiales de los núcleos de dos gametos, que da lugar a la formación de un cigoto o embrión (heterogametos, uno masculino y otro femenino). Ambos tienen sólo una dotación de cromosomas (haploides), mientras que el cigoto ya fecundado es diploide, es decir, contiene el doble de la cantidad de cromosomas.

Segmentación:

Es el paso siguiente a la fecundación. La segmentación consiste en una sucesión de mitosis que va fragmentando el huevo. Los núcleos duplican sus cantidades de ADN, pero carecen de nucléolos. El citoplasma no llega a crecer, y toda la energía producida por el metabolismo celular es utilizada en el proceso mitótico. Ha ocurrido como si el núcleo se fuera dividiendo en muchos núcleos hijos y el citoplasma fuera repartido, adjudicando un trozo a cada núcleo (clivaje).

Luego de la fecundación, y alrededor del séptimo día, se produce la implantación del embrión en el endometrio.

Las hojas Embrionarias

Los cordados, como la mayoría de los *Phyla* del reino animal, son triploblásticos, es decir, se desarrollan a partir de tres hojas o capas embrionarias.

¿Cómo es esto?

A partir de los primeros días del desarrollo, las células resultantes de la segmentación del huevo tienden a ordenarse en grupos celulares claramente distinguibles. Así, las más superficiales se distribuyen formando una capa continua, que por su situación externa se denomina *Ectodermo*, y las más internas constituyen una hoja que circunda una cavidad y se denomina *Endodermo*. Entre ambas capas se forma más adelante un tercer grupo celular, distribuido en forma más irregular, que conocemos con el nombre de *Mesodermo*.

En el desarrollo morfológico futuro, es decir, con la aparición de los órganos, estas capas darán origen a los diferentes tipos de tejidos y órganos que conformarán el embrión en pleno y absoluto crecimiento. El proceso se realiza a través de la *diferenciación celular*, mediante la especialización de cada uno de los grupos celulares. Se pone énfasis en que una célula desarrollada en el Ectodermo y especializada para una función determinada *jamás* producirá células mesodérmicas o endodérmicas, ni aún en los procesos conocidos como mutagénesis tardía.

Vale decir, las células que nacen en una capa embrionológica determinada pueden sufrir un cambio y biotransformarse en células con características histológicas y citológicas distintas a las normales, en células “cancerosas” o inflamatorias o degenerativas, correspondientes a la capa embrionológica que le dio origen. *Jamás* se biotransformaría en una célula de otra capa embrionológica. Por ejemplo, si una célula de origen ectodérmico como lo es el tejido epitelial (epidermoide) se tiene que biotransformar o mutar, sólo lo hará manteniendo y respetando su arquitectura y funcionalidad dentro del marco ectodérmico (jamás se transformaría en una célula de un acino pancreático o un adenocarcinoma “tipo glandular” de origen endodérmico, o en una célula ósea tipo “osteosarcoma” de origen mesodérmico).

Esto es de suma importancia y es necesario recordarlo para entender bien el antiguo concepto de las mal llamadas metástasis.

Nota aclaratoria:

Con los adelantos actuales sobre genética, se ha podido obtener experimentalmente, mediante cultivos de tejidos, el desarrollo de estructuras que generalmente derivan de una de una hoja embrionaria a partir de células que proceden de otra. Por ejemplo: células renales a partir de células ectodérmicas de anfibio (la modificación de su destino potencial sólo puede lograrse a través de la ingeniería genética, pero nunca de manera natural y espontánea).

Desarrollo embriológico

El desarrollo del ser está esquematizado en dos períodos perfectamente diferenciados: período *presomítico* y período *somítico*.

Período Presomítico:

Comprende el período que media entre la implantación del embrión en el endometrio (alrededor del séptimo día) y la aparición de la primera somita (decimonoveno al vigésimo primer día).

Se constituye un disco embrionario bilaminar: el ectoblasto (futuro *Ectodermo*) como hoja superior y el *Endodermo* como hoja inferior (aplanada). A partir del día 14 se forma el *Mesodermo*, por los movimientos celulares de: convergencia, divergencia, invaginación y epibolia.

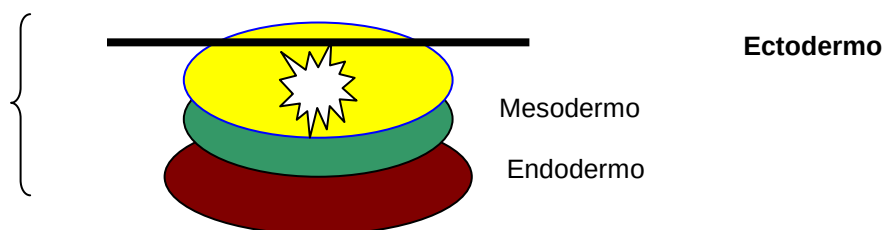
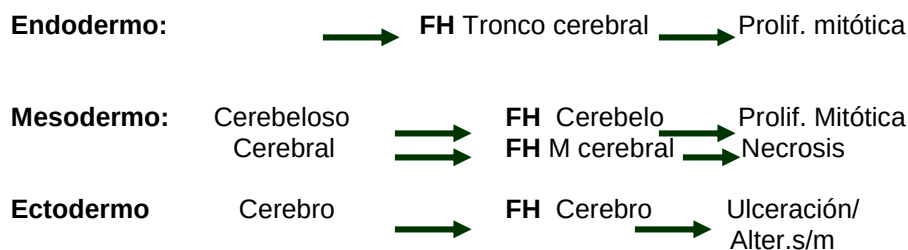


Figura 3

Período Somítico:

Período comprendido entre 20 - 30 días, con la aparición de la primer somita. La definición de las tres capas embrionarias: *Ectodermo*, *Mesodermo* (esplácnico o visceral y parietal o somático) y *Endodermo*. Se produce el plegamiento del embrión y el desarrollo multiorgánico a partir de los 30 pares de somitas o segmentos uno de cada lado.

Esquema de Relación Hoja Embrionaria - Cerebro – Tejido Manifestación celular



A continuación se presentan los distintos órganos, aparatos y sistemas originados a partir de las tres hojas embrionarias: Ectodermo, Mesodermo y Endodermo. Hemos intentado integrar dichas hojas embrionarias con la localización topográfica de los Focos de Hamer (FH) en el cerebro y las distintas expresiones celulares de los tejidos, es decir, las respuestas celulares a cada uno de los tejidos.

Órganos derivados del Endodermo

El Endodermo constituye la capa más profunda de todo el desarrollo embrionario y tiene al tracto gastrointestinal como el principal sistema orgánico formado a partir del plegamiento cefalocaudal y lateral del embrión. Este plegamiento cefalocaudal es provocado por el crecimiento longitudinal rápido del sistema nervioso central, mientras que por el plegamiento transversal se forma el plegamiento de las somitas.

En consecuencia, la hoja endodérmica forma en un principio, el revestimiento epitelial del intestino primitivo y más adelante dará origen al desarrollo del revestimiento epitelial del aparato respiratorio

Órganos de origen endodérmico

- *Oído medio y Trompa de Eustaquio
- *Glándulas parótidas y sublinguales
- *Amígdalas
- *Glándulas Tiroides y Paratiroides
- *Alvéolos pulmonares
- *Esófago (Tercio inferior izquierdo)
- *Duodeno (excepto Bulbo)
- *Intestino Delgado
- *Intestino Grueso (excepto recto y ano)
- *Páncreas (excepto porción endócrina)
- *Hígado (excepto vías biliares)
- *Próstata (mucosa)
- *Útero (mucosa del cuerpo)
- *Trompas de Falopio

Foco de Hamer

El FH lo ubicamos en los distintos cortes tomográficos de una TAC de Cerebro, que corresponde al área del Tronco cerebral, formado por el bulbo y la protuberancia.

Órganos derivados del Mesodermo

El Mesodermo es la hoja embrionaria ubicada entre el Ectodermo y el Endodermo. Durante el período somítico, esta capa sufre modificaciones y transformaciones citológicas e histológicas importantes. Las primeras somitas aparecen alrededor del día 20, el número de 30 pares, ubicadas una a cada lado de la notocorda.

El Mesodermo, al estar relacionado con las dos capas enunciadas-Ectodermo y Endodermo-, tiene una doble expresión: a) Mesodermo somático, muy próximo al Ectodermo (al que también llamamos Mesodermo cerebeloso o arcaico), y b) Mesodermo visceral cercano al Endodermo, que llamamos Mesodermo cerebral o moderno. La comprensión de la división embriológica del

Mesodermo nos permitirá saber qué ocurre en cada una de las hojas cuando un individuo enferma, además nos ayudará a suministrar la terapéutica adecuada a cada hoja afectada.

Órganos derivados del Mesodermo Cerebeloso

- *Dermis
- *Mamas
- *Pleura
- *Peritoneo
- *Pericardio

Las tres P, pleura, peritoneo y pericardio, están formadas por dos hojas: una visceral y otra parietal. La hoja visceral de cada una de ellas corresponden embriológicamente a este Mesodermo Cerebeloso, antiguo o arcaico. También son conocidas como santuario naturales y en ellas se pueden producir los Mesoteliomas.

Foco de Hamer

El FH lo localizamos en el cerebelo.

Órganos derivados del Mesodermo Cerebral:

- *Huesos, articulaciones, cartílagos
- *Músculos y tendones
- *Bazo
- *Glándulas Suprarrenales
- *Vasos y Ganglios linfáticos
- *Testículos
- *Ovarios, Útero (músculo)
- *Riñón (excepto pelvis y túbulo)
- *Células Sanguíneas (Células madres-células activas)

Foco de Hamer:

Se localiza en la médula cerebral (sustancia blanca).

Órganos derivados del Ectodermo

Esta capa es la más externa del disco trilaminar embrionario. En su comienzo tiene la forma de un disco aplanado, con los extremos muy bien definidos, uno cefálico y otro caudal, originados a partir del recubrimiento de la notocorda. Esos extremos darán origen a varios órganos, entre ellos la Epidermis y el Sistema Nervioso

Órganos derivados del Ectodermo:

- *Sistema Nervioso Central (SNC)
- *Sistema Nervioso Periférico (SNP)
- *Neuronas, Glías (Tejido Sostén) Células de Schwann
- *Epitelio Sensorial (Oído, Nariz, Neurohipófisis)
- *Senos Paranasales, Fosas Nasales
- *Laringe
- *Bronquios (epitelio)
- *Boca (mucosa)
- *Esmalte dentario, Esófago (Dos tercios superior)
- *Estómago (curvatura menor)
- *Duodeno (bulbo)

- *Recto
- *Ano
- *Páncreas (Endócrino)
- *Vesícula biliar y Vías Biliares
- *Tubos, Cálices y Pelvis Renal
- *Uréteres
- *Vejiga
- *Cuello Uterino
- *Vagina
- *Epidermis
- *Pleura
- *Peritoneo
- *Pericardio
- Las tres P o santuarios naturales, Hojas parietal

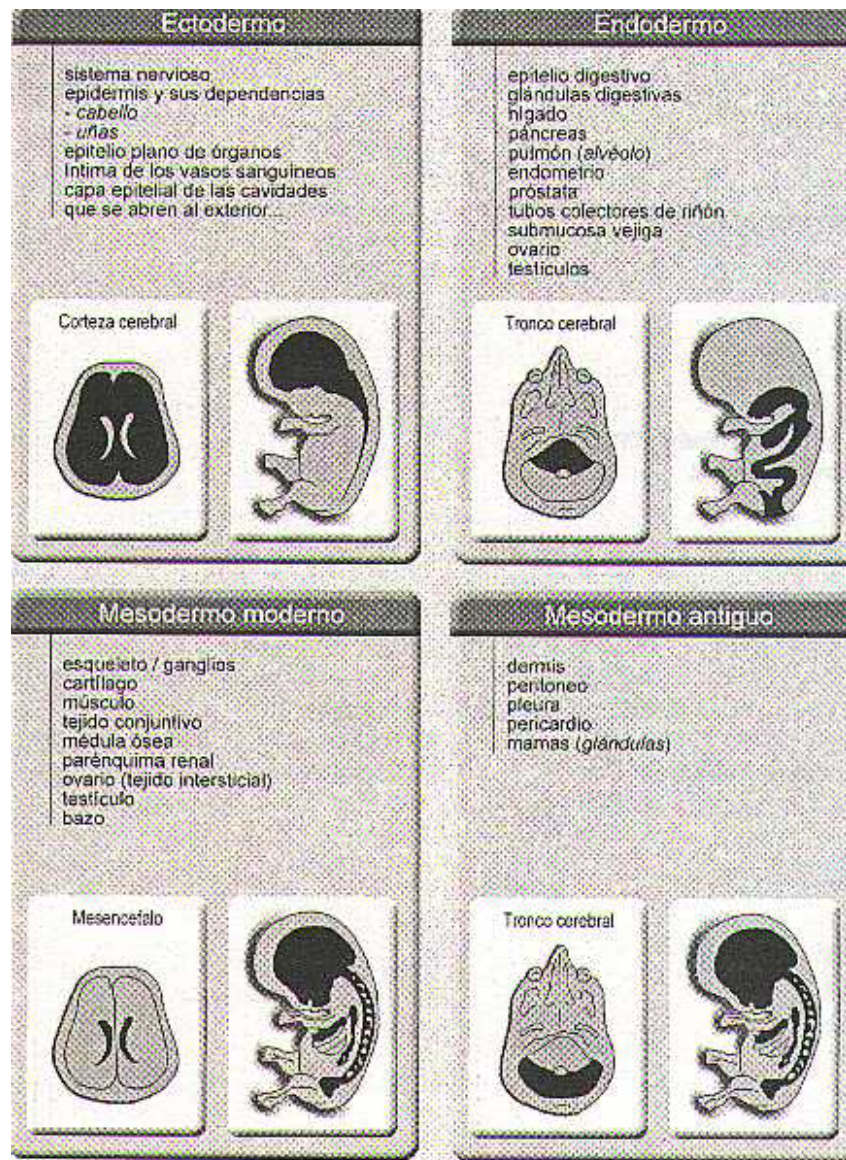
Foco de Hamer

El FH está ubicado en el cerebro, pero en la corteza cerebral.

Afectación cerebral – hoja embrionaria (fase conflicto activo – FCA-)

Como las enfermedades tienen un contenido bifásico (dos fases), una fase de conflicto activo (FCA) y una fase de resolución o de conflictolitis o post-conflicto (PCL), consideramos importantes integrar y relacionar las distintas respuestas celulares y de los tejidos con las hojas embrionarias, el Foco de Hamer y la fase de conflicto activo

Hoja embrionaria	TAC Cerebral	Expresión celular (tejido)
Endodermo:	FH Tumor Cerebral	Adenocarcinoma
Mesodermo: Cerebeloso	FH Cerebelo	Carcinoma compacto
Cerebral	FH Médula cerebral	Necrosis carcinomatosa
Ectodermo:	FH Cerebro	Carcinoma Epitelial



CAPITULO V

SISTEMA NERVIOSO

*“El corazón tiene razones que
la razón no entiende.”*

PASCAL

Sistema Nervioso

El Sistema Nervioso (SN) es un complejo orgánico múltiple, que permite que el individuo tenga una comunicación permanente entre su mundo interior y el medio que lo rodea. Es casi perfecto. No existe señal que no pueda ser detectada y elaborada por el SN. Absolutamente todo es información, percepción, recepción, elaboración y respuesta. Constituye un circuito permanente, integrado y de evolución en la escala zoológica.

El SN está integrado por células altamente especializadas llamadas neuronas que llevan a cabo una interesante función: perciben los impulsos internos y/o externos del individuo (tomar la información), los lleva por vía aferente sensitiva al gran ordenador (cerebro) y, por vía eferente, luego de procesada la información, envían como respuesta a dicho estímulo.

Desde el punto de vista orgánico, podemos dividir el SN en dos grandes estructuras, interconectadas entre sí:

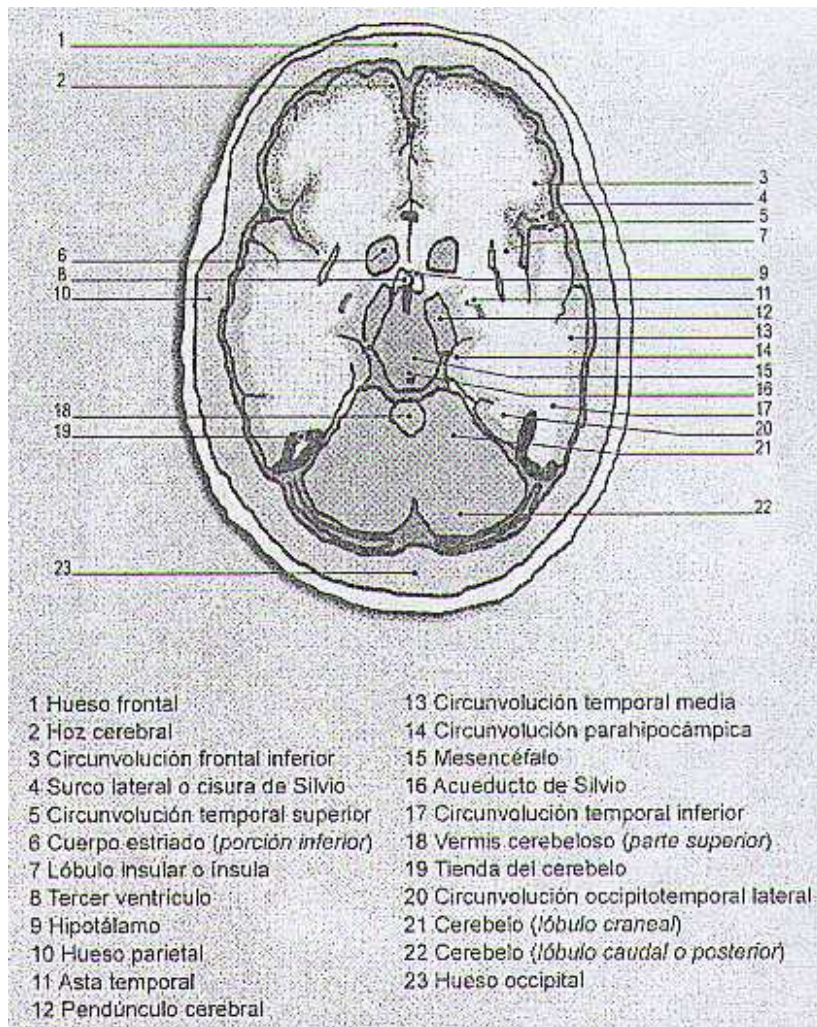
Sistema Nervioso Central: SNC

Sistema Nervioso Periférico: SNP

Sistema Nervioso Central

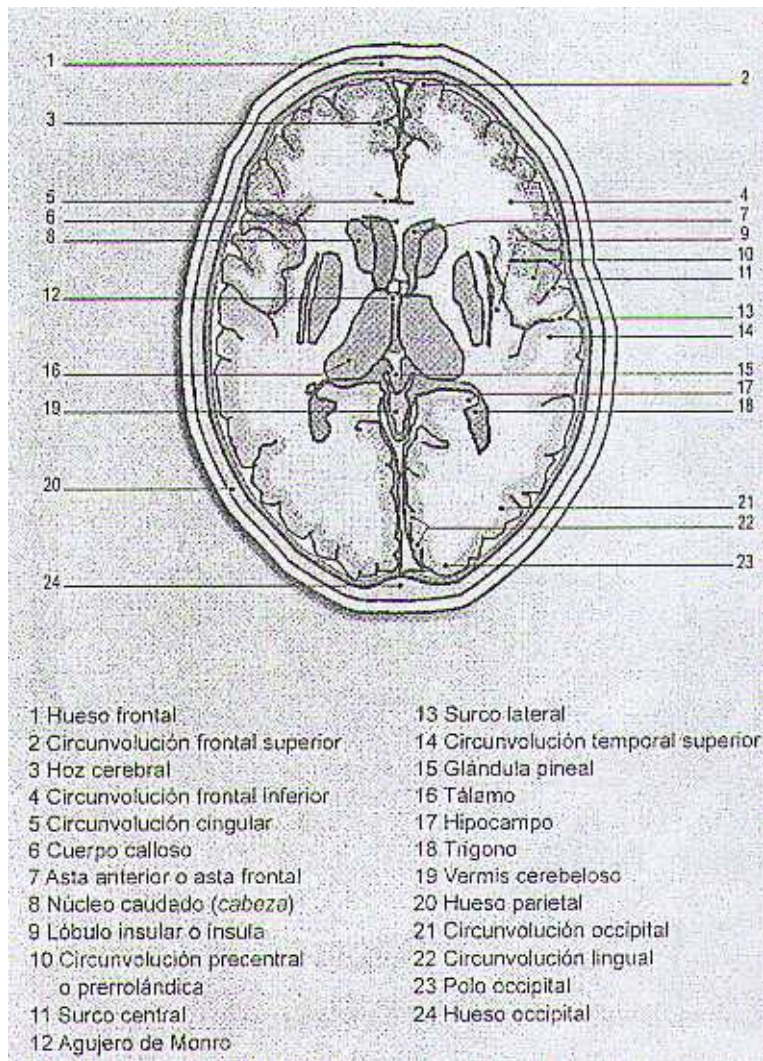
Está formado, esencialmente, por el encéfalo y la médula espinal, e integrado por:

Cerebro
Cerebelo
Tronco Cerebral
Médula Espinal



Cortes anatómicos del sistema nervioso central.

Figura 5



Cortes anatómicos del sistema nervioso central.

Figura 6

Sistema Nervioso Periférico

Está formado por los nervios craneales, nervios raquídeos y ganglios espinales e integrado por:

SN Somático:

Neurosensitivo y Neuromotor

SN autónomo:

Sistema Simpático

Sistema Parasimpático (vagal)

Sistema Nervioso Entérico.

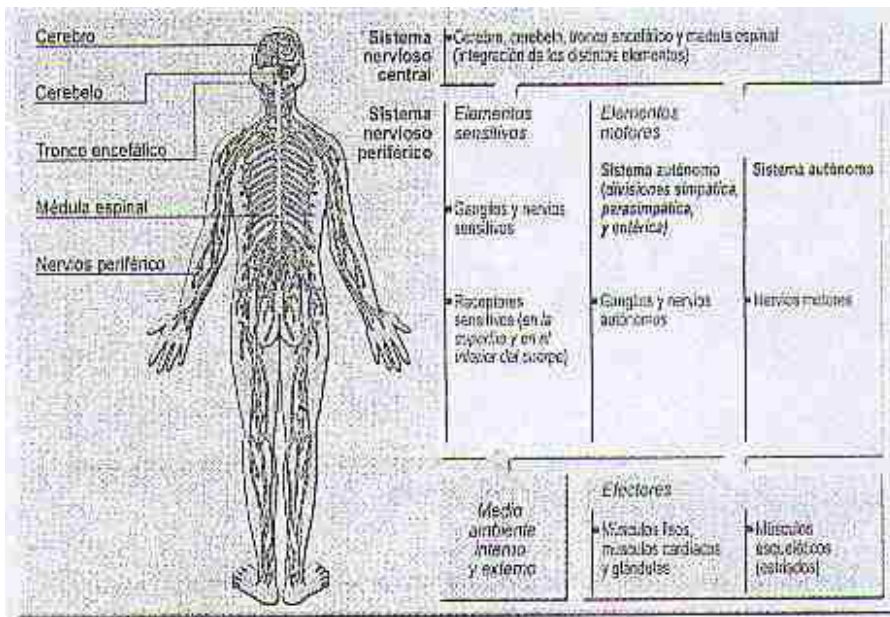


Figura 7

Embriología del Sistema Nervioso:

El SNC inicia su presencia desde la tercer semana del desarrollo embrionario y se insinúa como una placa alargada del ectodermo, llamada placa neural. A partir de ésta se desarrollará un tubo denominado tubo neural. La porción céfalica o anterior del tubo presenta tres vesículas:

1. Prosencéfalo: vesícula anterior
2. Mesencéfalo: vesícula media
3. Rombencéfalo: vesícula posterior

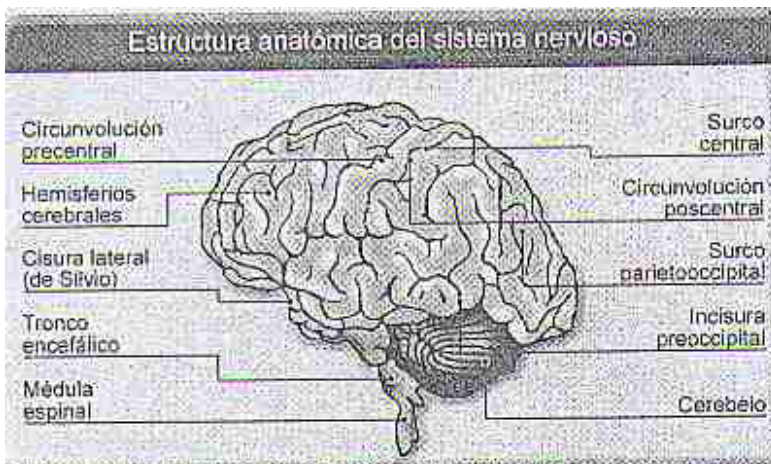


Figura 8

Por último, la parte posterior del tubo neural originará la médula espinal.

Prosencéfalo	Mesencéfalo	Rombencéfalo	Médula Espinal
--------------	-------------	--------------	----------------

Órganos que se desarrollan a partir del Prosencéfalo

- a- Hemisferios cerebrales (Telencéfalo)
- b- Diencéfalo: Tálamo, Hipotálamo)

Órganos derivados del Mesencéfalo:

Pedúnculos cerebrales y Tubérculos cuadrigéminos

Órganos derivados del Rombencéfalo:

- a- Protuberancia anular (Puente de Varolio)
- b- Cerebelo
- c- Bulbo raquídeo (llamada médula oblonga)

Aclaración:

Cuando hablamos de tronco o tallo cerebral, incluimos en esta definición las siguientes estructuras nerviosas: bulbo raquídeo, protuberancia anular y el mesencéfalo.

Sistema nervioso central.

Anatomía externa de los hemisferios cerebrales:

Observando el encéfalo desde un lado, se observan tres estructuras principales: el tronco cerebral, el cerebelo y los hemisferios cerebrales. Estos últimos representan el 85 % del peso total del encéfalo.

Lo más característico de los hemisferios, es su superficie totalmente plegada, en donde la parte más prominente se llama circunvolución y la más deprimida, surco (si es muy profunda, se llama cisura). Toda la superficie plegada es una cáscara de neuronas y células de sostén de 2 mm. de espesor, llamada corteza cerebral.

Cada hemisferio está dividido en cuatro partes llamadas lóbulos, denominados según el hueso en el que asientan: el frontal es el más anterior y está separado del parietal por el surco central. Aquí asienta la circunvolución prefrontal, también llamada corteza motora (está por delante del surco central).

El lóbulo temporal está por debajo del lóbulo frontal y está separado de éste por la cisura lateral de Silvio. Su cara superior contiene la corteza relacionada con la audición.

El lóbulo parietal, se localiza por detrás del surco central y por arriba de la cisura lateral. Su parte anterior, la llamada circunvolución post-central, aloja la corteza somatosensitiva.

El límite entre el lóbulo parietal y el occipital es arbitrario. El lóbulo occipital contiene la corteza relacionada con la visión.

Además de sus funciones en el procesamiento primario y sensitivo, cada lóbulo tiene funciones cognitivas características. El frontal, planifica la conducta; el parietal participa en la atención; el temporal determina el reconocimiento de los objetos y rostros y el occipital, se ocupa de los análisis visuales.

Parte de la superficie lateral del hemisferio, está oculta por los lóbulos frontal y temporal. Si se los separa, se observa la corteza de la ínsula que está relacionada con la función visceral y autónoma (incluido el gusto).

En el plano mediosagital, observamos la cisura calcarina que divide medialmente al surco occipital. También vemos el surco del cíngulo, que se extiende a través de los lóbulos frontal y parietal y a la circunvolución que está por debajo del cíngulo que formaba parte de lo que se conocía antes como lóbulo límbico.



Figura 9

Anatomía externa del diencefalo y tronco encefálico:

El diencefalo tiene tres partes en disposición dorsoventral. El tálamo dorsal, es el más grande y todas sus subdivisiones transmiten información hacia la corteza. El hipotálamo controla las funciones homeostáticas y reproductivas (la hipófisis está pegada al hipotálamo por el tallo o infundíbulo). Caudalmente, se encuentra el quiasma óptico (entrecruzamiento de los axones del segundo par craneal) y los cuerpos mamilares.

El mesencéfalo es el más rostral de los tres componentes del tronco y es caudal al diencefalo. En su superficie ventral, hay dos haces de fibras, llamados pedúnculos cerebrales que contienen axones que lo conectan a la corteza y a la médula. El nervio oculomotor (tercer par) nace entre los dos pedúnculos cerebrales.

Caudal al mesencéfalo se encuentra la protuberancia (segunda porción del tronco). También se la conoce como puente. Sus axones la fijan al cerebelo. De aquí sale el nervio trigémino (quinto par).

El tercer componente del tronco es caudal a la protuberancia y se llama bulbo raquídeo. Tiene dos prominencias ventrales llamadas pirámides bulbares, que contienen axones que nacen de la corteza motora y llegan a la médula espinal. Por fuera de las pirámides, están las olivas inferiores.

La superficie dorsal del diencefalo y el tronco están ocultas por el cerebelo y los hemisferios cerebrales.

La superficie dorsal del bulbo cubre al cuarto ventrículo.

Anatomía interna de hemisferios y diencefalo

La mayor parte de la corteza está formada por seis capas, que se denominan neocorteza. La más antigua (paleocorteza) se desarrolla sobre la cara inferior del lóbulo temporal y está separada de la neocorteza por la cisura rinal. La corteza del hipocampo, se denomina arquicorteza y es muy delgada. (tiene tres capas).

La corteza (del cerebro, del cerebelo y del hipocampo) está formada por los cuerpos de las neuronas, las dendritas, células gliales y las terminaciones de los axones. A todo este conjunto se

le llama sustancia gris. En cambio, a los axones que entran y salen de la corteza se los llama sustancia blanca.

Los ganglios basales son estructuras que se ubican profundamente en los hemisferios. Participan en la organización de los actos motores complejos. Rodean al diencefalo constituyendo tres núcleos: putamen, caudado y globo pálido.

Ventralmente a los ganglios basales se ubican los núcleos del encéfalo anterior (estos son los que se afectan en la enfermedad de Alzheimer). La amígdala es otro núcleo localizado por delante del hipocampo en el polo anterior del lóbulo temporal.

Los dos hemisferios se conectan por tres grandes axones: el cuerpo calloso y la comisura anterior conectan la corteza; el fornix conecta al hipocampo y al hipotálamo en el interior de cada hemisferio.

Los axones que descienden desde la corteza se reúnen formando la cápsula interna que se localiza por fuera del diencefalo. Sus axones llegan al tálamo dorsal e ingresan a los pedúnculos del mesencéfalo.

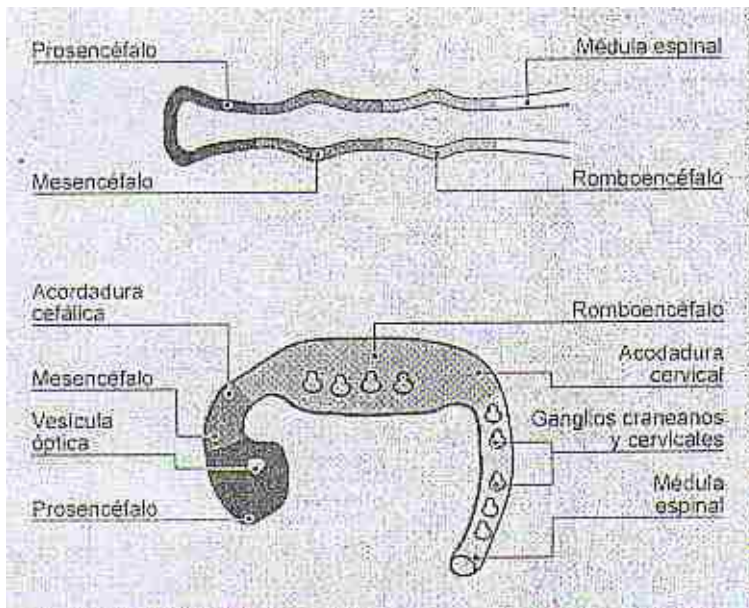


Figura 10

El sistema ventricular.

Es una serie de espacios interconectados llenos de líquido, y que se distribuyen en el centro del encéfalo y en el tronco.

Es el residuo adulto de la luz del tubo neural embrionario.

El tercer ventrículo, forma un espacio entre el tálamo derecho y el izquierdo. Se comunica con el ventrículo lateral a través del foramen interventricular.

El septum pellicidum, oculta al tercer ventrículo, que se continúa caudalmente con el acueducto. Este, discurre en el mesencéfalo y se abre en el cuarto ventrículo.

El cuarto ventrículo, es un espacio grande que se encuentra en la protuberancia dorsal y en el bulbo raquídeo y se estrecha caudalmente para formar el conducto central de la médula espinal.

El líquido cefalorraquídeo, es producido por el plexo coroideo. Esta es una red de tejido secretorio, que atraviesa el sistema ventricular y fluye en el espacio subaracnoideo, siendo reabsorbido finalmente por las vellosidades aracnoideas y retornando así a la circulación general.

CAPITULO VI

NUEVA MEDICINA

*“Nada en este mundo es tan poderoso como
una idea cuyo momento ha llegado.”*

VICTOR HUGO

Introducción:

El término **Nueva Medicina (NM)** ha sido incorporado por el Dr. Ryke Geerd Hamer para acercar una propuesta diferente de los conceptos establecidos durante muchos años de la mal llamada medicina convencional, ortodoxa y/o tradicional. En verdad no existen dos o mas “Medicinas”. La Nueva Medicina puede entenderse como una nueva manera de interpretar, diagnosticar y tratar las enfermedades, saber el origen, las probables causas y poder llegar a prever o anticiparse a algunos acontecimientos clínicos en la evolución de la enfermedad, utilizando recursos genuinos, existentes, que antes no habían sido visto por otro investigador.

El aporte que realiza el Dr. Hamer es único, revolucionario, porque se trata de un cambio de actitud, del pensamiento, de apertura espiritual, del alma. Estos conceptos no se contraponen con los conocimientos actuales de la medicina, muy por el contrario, Hamer utiliza recursos modernos, herramientas de diagnóstico actuales y se nutre de los avances de la medicina actual.

El Dr. Hamer expresa en un apartado: **“La medicina necesita médicos de manos calientes, de hombres con corazón y pensamientos abiertos”**. Es verdad. No se puede avanzar sino hay una apertura al arte, a la creación, al descubrimiento. Sócrates dice: **“El hombre inteligente busca la sabiduría, el ignorante y el necio creen tenerla ya”**. Hay que salir a buscar el conocimiento, la luz, la sabiduría.

Respetando los conceptos fundamentales del Dr. Hamer y aportando nuestras propias investigaciones en el campo de la biología, las neurociencias y la psicología profunda, pasamos a considerar las bases de la Nueva Medicina y sus cinco leyes.

Nueva Medicina, Bases Fundamentales

Esta obra constituye la primera clasificación sistemática no sólo de tumores, sino de la medicina en su totalidad, en función de:

- La hoja embrionaria de la que se derivan los tumores.
- Las categorías de conflictos
- Las localizaciones cerebrales específicas, **“Focos de Hamer” (FH)**.
- Las formaciones histológicas.

A la luz de la Ley Férrea del Cáncer, comprobamos que la medicina y la biología se ordenan naturalmente. Una vez descubierta esta ley y los FH, la historia de la evolución embrionaria y filogenética nos aparece como la clave del orden prodigioso que rige el conjunto de la medicina y la biología, incluyendo las esferas del comportamiento humano y animal, tal como la localización cerebral de los FH y la clasificación de los tumores en función del órgano en el que aparecen.

La enfermedad se revela no como un proceso hostil sino como el signo de una alteración temporal de nuestro organismo, como una modificación constantemente sincronizada en el triple plano psíquico, cerebral y orgánico. Triple manifestación de un único organismo. Lo uno no va sin lo otro, todo evoluciona siempre con la misma cadencia, según una simultaneidad fantástica. Las

afecciones mentales y psíquicas son formas “especiales” del cáncer, más concretamente “conflictos en suspenso”.

En 1983 el Dr. Hamer descubrió los FH en el cerebro, **estaciones-relés** (niveles, etapas) de nuestra esfera de comportamiento biológico que, a consecuencia de un **DHS**, se ponen en simpaticotonía duradera.

La Ley Férrea del Cáncer es la primera ley global de nuestra medicina que tiene en cuenta todo el conjunto.

La Nueva Medicina

Se trata esencialmente de una comprensión nueva de la medicina concebida como un organismo universal, capaz de captar en una visión global y universal la tríada constituida por:

- **Psiquismo:** Espacio donde se desarrollan los pensamientos, las conductas y los conflictos.
- **Cerebro:** Módulos donde se inscriben los espacios y los tiempos físicos y psíquicos.
- **Órgano:** Lugar donde se expresan los resultados de estas operaciones.

La Nueva Medicina no abarca sólo las relaciones entre el psiquismo, el cerebro y los órganos, sino que suministra además las explicaciones embriológicas que permiten comprender por qué ontogenéticamente los diferentes centros relés, etapas cerebrales, se hallan en los emplazamientos del cerebro donde los encontramos. Explica también las conexiones entre las distintas hojas embrionarias (Ectodermo, mesodermo, endodermo) y las diversas formaciones histológicas de los tumores y de los tejidos normales. En efecto, descubrimos en todo momento del tumor la estructura histológica que, desde el punto de vista embriológico, debe existir.

Todo tejido que deriva del Endodermo es un tejido adenoide, que en el caso de la enfermedad cancerosa se manifiesta como ADENOCARCINOMA. En cambio, todo tejido derivado del Ectodermo (a excepción del cerebro cuyas neuronas no pueden proliferar) se manifiestan como CARCINOMA DE EPITELIO PAVIMENTOSO. El tejido que procede del Mesodermo se manifiesta durante la fase activa del conflicto (FAC) por osteólisis, depresiones hematopoyéticas, etc., y en fase de curación (FC) por un brote o crecimiento cicatrizal excesivo de tejido óseo y conjuntivo, que se le designa con el término de SARCOMA.

A estos dos grandes CIRCULOS DE COORDINACION: a) entre el psiquismo, cerebro y los órganos y b) entre los tipos de comportamiento y conflictos, por un lado, y las diversas HOJAS EMBRIONARIAS, y , por otro, de comportamientos y conflictos y las FORMACIONES HISTOLOGICAS TUMORALES, la Nueva Medicina añade un tercer CIRCULO DE COORDINACION: c) las relaciones entre los diversos tipos de comportamiento y conflictos son re-situadas en el marco de mayores unidades (familia, clan, comunidad, etc.) y esta sinopsis se extiende a la escala del cosmos, de un marco cósmico forjado en el curso de millones de años de cohabitación y simbiosis con otras razas, especies y criaturas.

La esquizofrenia es la conjunción de dos conflictos con DHS, cuyos FH se sitúan en los diferentes hemisferios. Las depresiones son conflictos de territorio conjugados en un “desequilibrio hormonal”. El lupus eritematoso no es sino la actividad conflictiva simultánea de varios conflictos de contenido específico.

La leucemia no es más que la segunda parte, la fase de curación, de un cáncer. El infarto de miocardio es una crisis epileptoide en el curso de la fase de curación consecutiva a un conflicto de territorio.

Todas estas nuevas posibilidades de reconocimiento y curación derivan de la comprensión de la Ley Férrea del Cáncer y del DHS (Síndrome de Dirk Hamer), que son ya términos médicos bien establecidos.

Las enfermedades del hombre y del animal. Un acontecimiento a tres niveles:

*Psiquismo-programador *Cerebro-ordenador *Órgano-máquina

Se puede decir que hasta aquí la medicina clásica estaba centrada prácticamente en los órganos. Cuando un órgano dejaba de funcionar normalmente se buscaba la causa en una eventual avería mecánica del mismo. Nunca se ha tenido la idea de buscar las causas del mal funcionamiento en el ordenador, es decir en el cerebro.

Es cierto, a propósito de las relaciones psiquismo-cáncer, se citan nombres de investigadores que han admitido ya la hipótesis de relaciones causa-efecto entre el cáncer-stress, o con grandes penas o conflictos. Pero esto no tiene nada que ver con la Ley Férrea del Cáncer. La medicina clásica parte del principio según el cual entre el momento de inicio del cáncer y su emergencia clínica, su manifestación, se establece un período entre 10 y 20 años. Por otra parte, la noción de conflicto responde a una definición totalmente diferente.

Hasta ahora, desde que el cáncer se manifestaba en cualquier parte del cuerpo la medicina clásica lo atacaba con sus famosas “Terapias activas y eficaces”, es decir, la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Pero no se trata más que al órgano. El psiquismo o el cerebro no se toman en consideración.

Parece absolutamente extravagante y fantasioso afirmar, que la curación psíquica del conflicto, la “conflictolisis”, permite parar el crecimiento de un cáncer y encapsularlo, o incluso en el caso de un epiteloma, permite provocar la desaparición del tumor, su evacuación completa del órgano.

Existe un código, un amplio programa biológico, engranado en nuestro cerebro, al cual es necesario tener en cuenta. Es forzoso reglar nuestra conducta sobre este código, sobre este programa, que es el que abre la puerta a todos los conflictos, ya que este programa biológico comporta intrínsecamente conflictos a la vez conocidos y repetidos.

Se puede, naturalmente, discutir hasta el infinito sobre estas ideas y estos puntos de vista, ya que cada uno de nosotros tiene su propia visión del mundo y alimenta la discusión bajo su forma de apreciar estos contextos. Pero estos contextos en sí mismos, no pueden ser negados.

Es este código quién determina nuestros conflictos y también nuestras enfermedades, siendo particularmente evidente en lo que concierne a la enfermedad del cáncer, de la que todos afirmamos que no se encuentran razón ni sentido lógico en su aparición, que no se ve más que un desorden sembrado por células que se han vuelto anárquicas.

Lo que tiene de seductor el sistema psiquismo – cerebro – órgano es el ser un sistema sobredeterminado, basta en efecto conocer uno de los planos para conocer las tres. Así, por ejemplo, si estoy al corriente de los fenómenos psíquicos, puedo hacerme una idea precisa del órgano correspondiente y del estado en el cual se encuentra el área cerebral correspondiente: el Foco de Hamer (FH). Del Scanner cerebral puedo sacar conclusiones muy precisas de los fenómenos psíquicos, puedo ver cuál es la naturaleza del conflicto, el estado en el que se encuentra actualmente (conflicto activo o estado post-conflictolítico), puedo deducir la duración del conflicto que ha precedido y, si se presenta el caso, su intensidad: valiéndose de la experiencia, una imagen finamente trazada permitirá llenar las lagunas de los detalles. Una vez que sabemos algunos datos primordiales (sexo, diestro o zurdo, edad, etc.) estamos capacitados para deducir, a partir del conocimiento exacto de uno de los tres planos, el estado de los otros dos.

Guardémonos de concebir la Ley Férrea del Cáncer como un juego intelectual, porque se trata de seres vivos, de seres cuya alma está enferma por un conflicto que puede parecernos insignificante, fútil o ridículo, pero que para el paciente reviste tal importancia que puede llegar a destruirle.

Comparación de la evolución biológica del cáncer en el hombre y en el animal.

Cuando afirmamos que el hombre y el mamífero (animal) sufren el cáncer de la misma forma, se admite que son comparable o parecidos a nivel orgánico.

Igualmente existe similitud a nivel cerebral, ya que se encuentra en un área específica del cerebro del animal un FH parecido o comparable al del cerebro humano.

Comparación de algunos conflictos en el hombre y en el animal.

CANCER	HOMBRE	ANIMAL/ MAMIFERO
Ca. mama izquierda	Conflicto madre-hijo (hijo accidentado)	Conflicto de nido (a la vaca le quitan su ternero)
Ca. Ulcerativo de hígado (necrosis de la red biliar)	Conflicto de rencor (generalmente conflicto con un miembro de la familia, normalmente a propósito de dinero).	Conflicto de comida, territorio (el perrito se come el mejor trozo). Trozo reservado para el "jefe", el perro pastor.
Ca. Coronario, bronquial pericárdico.	Conflicto de territorio (pérdida de empleo, esposa que se va con otro, etc..)	Viejo ciervo expulsado por uno joven, cierva que se va a otro territorio.
Ca. de cuello uterino	Conflicto sexual femenino de frustración. Marido sorprendido en fragante delito: la rival poseída puede quedar embarazada y yo no.	Perra en celo a la que se la aparta siempre, ya que el amo no quiere que tenga cachorros.
Ca. de testículos	Conflicto de pérdida (un padre pierde a su hijo, un muchacho a su amigo).	Un perro pierde a su dueño o a sus amigos de juego.
Ca. de recto, vejiga	Conflicto de demarcación de territorio (un paciente oye decir: ¡ tu no sabes quien es tu padre! O una madre o padre oyen que su hija casada tiene mala reputación.	El ciervo del territorio vecino viola constantemente la línea de demarcación.
Ca. Óseo (fase de curación Leucemia)	Conflicto de desvalorización (un empleado no asciende, un estudiante fracasa en exámenes, un enfermo oye que tiene cáncer.	Un perro no puede andar durante cierto tiempo, un ciervo pierde su cornamenta en combate, la mutilación del colmillo en el elefante.
Ca. Pulmonar. Manchas redondas en pulmones	Conflicto de miedo mortal (diagnóstico-pronóstico brutal; usted tiene un cáncer sin posibilidades de hacer nada)	Rata de laboratorio, ratones obligados al pasar ante el gato que acecha su nido, etc..

CAPITULO VII

LAS CINCO LEYES DE LA NUEVA MEDICINA

“Los que dicen que algo no se puede hacer no deberían interrumpir a los que lo están haciendo.”
Mark Hansen.

Las cinco leyes de la Nueva Medicina

- 1- *Primera ley*
Ley Férrea del cáncer
- 2- *Segunda ley*
Ley del carácter bifásico de las enfermedades que presentan solución de conflicto
- 3- *Tercera ley*
Sistema ontogenético de tumores y enfermedades análogas
- 4- *Cuarta ley*
Sistema ontogénico de los microbios
- 5- *Quinta ley*
Ley de la comprensión de que las así llamadas enfermedades corresponden a un sentido biológico especialmente programado por naturaleza

Primera Ley.

Hamer descubre esta ley a fines de la década del setenta. La llama “Ley férrea del cáncer”, al considerar que con ella explicaba el origen de esta enfermedad.

Es indudablemente aquí en donde debemos recalar para comenzar a entender la Nueva Medicina. Sin ella, es poco probable abordar las demás leyes y llegar a su quintaesencia, que es lo que Hamer desarrollará a comienzos de la década del noventa y que llamará ley del sentido biológico de las enfermedades.

La primera ley del Dr. Hamer se expresa en 3 criterios.

1er Criterio: todo cáncer o enfermedad equivalente al cáncer tiene su origen en un conflicto biológico.

2do. Criterio: el tipo de conflicto biológico determina en el mismo momento una lesión en un órgano en particular y la aparición de una imagen tomográficamente visible en una zona cerebral que corresponde al órgano lesionado.

3er Criterio: el modo en que evoluciona ese conflicto biológico será determinante en los cambios de las imágenes cerebrales y en la lesión de los órganos que han sido afectados.

Repasemos lentamente lo que está diciendo Hamer.

En el primer criterio, habla de cáncer o enfermedad equivalente ya que inicialmente él creía haber encontrado el hilo causal de esta enfermedad. Luego advirtió que se trataba de una ley que no dejaba afuera a ninguna enfermedad, salvo los traumatismos y los envenenamientos. Es decir, que todas las enfermedades tienen este origen. Las gripes, las enfermedades cardiovasculares o las úlceras digestivas.

Ese origen tiene que ver con un conflicto, es decir, la oposición entre dos fuerzas. En este caso, hablamos de fuerzas biológicas. La presa y el depredador. La identidad y el desarraigo. La vida o la muerte.

Un conflicto biológico que debe tener fundamentalmente tres características:

- a) **Debe ser sorpresivo.** No se lo espera. No está preparado para enfrentar ese conflicto. Un hombre de 45 años, al que su mejor amigo le pide una enorme cantidad de dinero para salir de una urgencia económica y luego de obtenerla, desaparece por 6 meses. Al poco tiempo, desarrolla un cáncer de intestino. En la consulta refiere literalmente “me cagó”.
- b) **Debe ser subjetivamente dramático.** No necesariamente ello habla de la pérdida de un ser querido o de un desastre económico. Hamer relata el caso de una paciente que hace un cáncer de páncreas luego de enterarse de que no iba a recibir la herencia que su tío antes de morir le había anticipado y que ella iba a parar a manos de otra sobrina. Tal herencia era un arcón para el cual ya había ideado un lugar en su casa.
- c) **El conflicto no puede ser verbalizado.** Sufre al comunicarlo y no puede darle un cauce con el cual aligere su carga. Hay una rumiación constante del hecho durante varias semanas aunque a veces la intensidad del conflicto es tal que necesita menos tiempo para producir enfermedad.

En el segundo criterio, se elabora el concepto de un sistema superdeterminado por tres niveles:

- 1) **La psique**, como el conjunto de pensamientos, conductas y sentimientos que alberga un ser vivo. En el ser humano la dificultad en la comunicación entre el cerebro verbal que asienta en la corteza lateral y el cerebro preverbal, cuyo órgano es el rinencéfalo, nos va a abrir el camino a entender cómo las emociones pueden independizarse de la conciencia y actuar no *sobre* el cuerpo sino *con* el cuerpo.
- 2) **El cerebro**, como un órgano que sufre un impacto que es registrado radiográficamente. Ese registro se va a observar en un lugar específico que depende del tipo de conflicto y del órgano afectado. Cuando el conflicto está produciendo enfermedad observaremos un halo en forma de círculos concéntricos bien nítidos. Una imagen en el lado derecho del cerebelo nos indica un conflicto de preocupación por el hijo en una mujer diestra y una localización de la enfermedad en la mama izquierda. Una imagen en la corteza temporal nos hablará de un conflicto de amenaza de territorio y una localización en el epitelio bronquial.
- 3) **El órgano**, en donde se produce una lesión que dependerá del tipo de conflicto. El adenocarcinoma de pulmón se produce por un conflicto de miedo a morir y no por cualquier tipo de conflicto. La bulimia surge de la constelación de dos conflictos, uno de rechazo y otro de contrariedad familiar.
Nos adelantamos a decir que sólo habrá cuatro formas de responder por parte del órgano:
 - a) **proliferación celular.** ocurre en los tejidos filogenéticamente más primitivos. Ejemplo de ellos son los tumores de intestino y de mama.
 - b) **necrosis celular.** Aparece en los tejidos que evolutivamente aparecieron con posterioridad. Ejemplo de ello son las osteólisis.
 - c) **úlceras en los tejidos.** Aparece en los epitelios evolutivamente más modernos como los carcinomas epidermoides.
 - d) **alteraciones en la función** de los órganos. Evolutivamente afecta a los tejidos modernos. Ejemplo de ello es la diabetes.

En el tercer criterio, Hamer plantea que tanto la enfermedad física como las imágenes cerebrales dependerán en su evolución de la forma de resolver el conflicto en los tres niveles:

- 1) **En la psique**, las tres características señaladas se irán resolviendo. El individuo, en lugar de rumiar el conflicto, lo podrá verbalizar sin que le genere la angustia de los primeros tiempos y el dramatismo y la sorpresa se irán diluyendo, permitiéndole salir del estado de alerta mental en el que vivía constantemente. La resolución del conflicto es un tema arduo del que nos ocuparemos más adelante, una vez que hayamos expuesto otros operadores de trabajo.
- 2) **En el cerebro**, si se resuelve el conflicto, la imagen en diana se va diluyendo y pueden aparecer imágenes de edema cerebral y con el tiempo cicatrización a través de la neuroglia.
- 3) **En los órganos**, tendremos distintos tipos de resolución:

- a) los tejidos que proliferaron serán caseificados o enquistados, como es el caso del adenocarcinoma de mama.
- b) los tejidos que se necrosaron se rellenarán y en muchas ocasiones formaran tumores como es el caso de los sarcomas.
- c) Los tejidos que se ulceraron cicatrizarán y edematizarán las zonas lesionadas como es el caso del carcinoma intraductal de mama que casi siempre se diagnostica en este momento evolutivo.

En estos procesos reparativos, intervendrán distintos gérmenes de acuerdo al tejido comprometido. Así, las micobacterias tendrán participación en los tejidos más primitivos de origen endodérmico, las bacterias en los de origen mesodérmico y los virus en los de origen ectodérmico. A la participación de los microbios, nos referiremos en la llamada ley del sistema ontogénico de los microbios. Lo cierto es que la Naturaleza intenta resolver los obstáculos que se le proponen con las mismas fuerzas tanto en la salud como en la enfermedad.

El dato más importante de destacar en todos estos procesos, es la significación biológica que cada uno de ellos tiene. Si bien este tema se desarrolla en la quinta ley, llamada ley del sentido biológico de las enfermedades, podemos anticipar que los tejidos endodérmicos hacen proliferar sus células ante la presencia de un conflicto de supervivencia porque es la manera más económica que ha encontrado la evolución para superar ese obstáculo. La célula del hígado (el hepatocito), crece y se multiplica como todos los tejidos de origen endodérmico para aprovechar al máximo el escaso alimento que ingresa al organismo. Éste es el principal cáncer que se observa en ciertas zonas de África en donde la desnutrición alcanza índices importantes. Es la forma que tiene la naturaleza para superar la amenaza en la supervivencia. La célula crece y prolifera. De ninguna manera se ulcera o se necrosa. Se trata de una presa que no puede atraparse, digerirse o eliminarse. Por lo tanto hay que aprovechar al máximo todo el proceso digestivo y esto se logra a través de la proliferación de las células especializadas en la digestión. En nuestra civilización, estas lesiones se observan en conflictos existenciales de los que hablaremos en su momento. A medida que vayamos conociendo la forma en que la evolución *interviene* con sus propias leyes en este proceso, nos iremos acercando a la posibilidad de interpretar porqué una persona puede enfermarse ante un mismo tipo de conflicto y otra no.

¿Qué es un conflicto biológico?

Aquí nos encontramos frente a la dificultad de utilizar un término que inmediatamente rememora la idea de conflicto psicológico. El conflicto biológico (CB) es el cruce entre una necesidad biológica (alimentación, reproducción, etc) y su insatisfacción. Es por eso que vamos a ver los mismos conflictos en el hombre y en el animal. La vaca a la que le quitan el ternero hará un cáncer de mama izquierda al igual que la mujer cuyo hijo se accidenta. Un ciervo, cuyo territorio es violado permanentemente por otro ciervo vecino, hará una lesión en recto o vejiga, al igual que un hombre que siente que el contenido de su territorio es constantemente cuestionado (mala reputación de la hija, dudas sobre sus ideas). Los ratones de laboratorio harán el mismo cáncer de pulmón que hacen los pacientes que escuchan pronósticos brutales sobre sus vidas (“Usted tiene cáncer y ya no hay nada que hacer”) al experimentar un mismo miedo mortal.

La relación cerebro-órgano es igual en el animal que en el ser humano. La relación psique-cerebro es por un lado similar (la que se desarrolla en el cerebro pre-verbal) y por otro lado, es distinta (la que se desarrolla en el cerebro verbal).

Este tema lo iremos desarrollando paulatinamente, pero digamos inicialmente que es la palabra (y sus leyes) la que permite el desplazamiento de un suceso a ámbitos cerebrales que solo pueden responder con programas diseñados exclusivamente para conflictos de supervivencia.

*A estos sucesos Hamer los llama DHS.
El Síndrome Dirk Hamer.(DHS)*

Es en honor a su hijo Dirk, que Hamer llama DHS a esta configuración de sucesos y respuestas que generan lo que llamamos enfermedad.

En 1978, Dirk fallece luego de estar seis meses en coma. Al poco tiempo, su madre muere de un infarto de miocardio luego de haber padecido un cáncer de mama izquierda y su padre (el Dr. Hamer) sufre un cáncer de testículo.

Es aquí que Hamer se pregunta qué tienen que ver estas enfermedades con la imprevista muerte de su hijo. El mismo cuenta que su hijo se aparece varias veces en sueños y le pide que investigue porque algo importante va a develarse.

Con el tiempo, el velo se va corriendo y con una profunda metodología que lo ha llevado a investigar decenas de miles de pacientes, se produce uno de los descubrimientos más revolucionarios en la historia de la medicina.

Hamer habla con sus pacientes. Les pregunta. Los escucha. Allí van surgiendo los primeros nexos. Aquellos que unían determinados hechos similares con determinadas enfermedades. El patrón es siempre el mismo. En los seis meses previos a la aparición de la enfermedad, existe un hecho sorpresivo, dramático, no verbalizable.

Comienza el sutil trabajo de hilar los conflictos que tienen que ver con la alimentación, la reproducción, la defensa del territorio primitivo, la valorización, la comunicación, la identidad, la pertenencia.

Pero su hijo sigue apareciendo en sueños y le pide más esfuerzo. Una tarde, frente a una tomografía cerebral, ve una imagen que como experto imagenólogo no había visto nunca antes. Extasiado se queda tres horas frente a la imagen. Comienza a tomar conciencia de que esto es lo que buscaba. Un halo concéntrico en una zona del cerebro. El diagnóstico es cáncer de mama. Busca en todas las tomografías cerebrales de pacientes con cáncer de mama y el halo concéntrico insiste en estar donde antes no se veía.

Pasteur decía que los descubrimientos los hacen sólo aquellos que están preparados para hacerlos.

Con sus tres especialidades médicas y sus estudios de post grado en teología y física teórica, Hamer estaba preparado.

Comienza a tomar conciencia de la sincronidad de los hechos. No sólo el suceso imprevisto con la enfermedad orgánica. Ahora también la imagen cerebral.

Se aboca de pleno al estudio de esta trilogía, llamándole profundamente la atención cómo las estructuras cerebrales saben perfectamente diferenciar y matizar las representaciones de los sucesos en el preciso instante del DHS. Así, una desvalorización de sí mismo en la esfera sexual nunca provocará descalcificación de las vértebras cervicales, pero sí podrá provocar osteólisis de cadera. Un conflicto de desvalorización en la relación madre-hijo, no se traduce jamás por osteólisis de cadera pero sí podrá producir necrosis de la cabeza del húmero izquierdo.

Es que esa imagen cerebral que ahora conocemos como foco de Hamer (FH) es la activación de un programa cerebral con un mensaje a una célula y a un órgano específico.

En el cerebro, el DHS es verificable inmediatamente por la TAC cerebral y en el organismo se manifiesta, desde el primer momento por una alteración celular o funcional.

Hamer llega a la conclusión que el conflicto biológico no es ni bueno ni malo. Es sencillamente una realidad de la naturaleza; un medio de selección y conservación de la especie. Comienza a hablar de un código cerebral del comportamiento que se expresará ante la insatisfacción de una necesidad. Es aquí cuando recurre a la Embriología y comienza a estudiar los distintos tejidos y su particular forma de reaccionar (lo que veremos en la tercera ley).

Evolución del conflicto

Se ha producido el DHS. Un suceso capaz de activar una respuesta cerebral y orgánica. Todos vivimos diariamente infinidad de conflictos y sin embargo no activamos esas respuestas. No es el suceso, sino indudablemente la actitud que se tiene frente a ese suceso, lo que posibilita esa

respuesta. En los distintos capítulos, iremos viendo cómo esa actitud llega a conformar un verdadero “discurso del cáncer” que define a aquellas personas que sufren un DHS.

Veamos qué pasa con el cuerpo cuando se produce lo imprevisto, lo dramático, lo no verbalizable.

En el mismo instante del DHS todo el organismo se encuentra conectado al Sistema Nervioso autónomo simpático; se encuentra en permanente estado de simpaticotonía, en stress.

Este stress permanente surge, biológicamente hablando, como la “la última posibilidad” de llegar al final del conflicto, de triunfar y de ganar la partida. Es necesario, por ello, movilizar todas las fuerzas disponibles del individuo. Si en un plazo razonable no logra dominar el conflicto, ha perdido su posibilidad biológica. Muere, incluso si un día, demasiado tarde, el conflicto ha sido resuelto. Podríamos decir que se ha agotado la capacidad de actuar del SNA.

Durante la fase activa del conflicto, (la fase de stress) el organismo se encuentra a pleno rendimiento, en detrimento del reposo y el descanso. *El cáncer a nivel orgánico parece ser un efecto secundario indeseable o imprevisto, de este stress permanente.* Es necesario decir, no obstante, que, biológicamente hablando, el tumor orgánico es lo más inofensivo de toda la enfermedad del cáncer. El tumor a nivel orgánico constituye una forma de “selección orgánica” y al mismo tiempo un procedimiento de selección natural en la esfera de la representación biológica correspondiente.

En este proceso de selección orgánica, los “viejos órganos” (los más antiguos en la evolución) son menos vulnerables que los “nuevos”; tienen sus centro-reles (FH) en el cerebro antiguo. En cambio, los “nuevos órganos” ubican sus FH en el cerebro propiamente dicho.

Durante la fase activa del conflicto el paciente no tiene apetito, duerme mal, piensa sin cesar en su conflicto o en su problema. La circulación periférica queda condicionada por la aceleración del ritmo cardíaco y la vaso- constricción. Todos los fenómenos de reposo vegetativo son reducidos al mínimo. El cuerpo se encuentra en “inmovilización general” para llegar al final del conflicto-problema.

Durante la fase activa, es decir entre el DHS y la conflictolisis (solución del conflicto), el FH en el cerebro está bajo el efecto de un impacto, de un “stress especial”. Es este “stress especial” el responsable de la proliferación celular, de la necrosis o de la alteración orgánica; cuanto más extenso es el FH más extenso será el tumor, la necrosis o la alteración celular; cuanto más intenso es el conflicto más rápido es el crecimiento del tumor, más importante la necrosis y más fuerte la alteración celular en los tipos de cánceres que no tienen proliferación celular mitótica.

Los principales datos anamnésticos son el origen del DHS y (si se ha producido), la conflictolisis (CL) (su fecha, en que circunstancias se produjo y las actitudes ante ella).

Una vez que conocemos estos datos, (la dimensión del DHS y la intensidad del contenido del conflicto), sabremos la gravedad de las alteraciones que debemos esperar, aunque no estemos aún al corriente de la importancia del tumor.

Conflictolisis – solución del conflicto biológico

Todas las condiciones cambian cuando llega la solución del conflicto. Inmediatamente tras la CL el organismo se relaja, cae en una profunda parasimpaticonía o vagotonía.

Cuando el conflicto se resuelve el FH comienza a repararse: el tejido de sostén de las células nerviosas, las glías, se integran en profusión en el FH y por este efecto, un edema intra y perifocal invade el FH.

La proliferación celular del tumor orgánico se detiene bruscamente. El tumor se rodea de edema y también sana.

En esta fase, los casos de mortalidad deberían ser muy raros. En efecto, las complicaciones, que no surgen más que en un débil porcentaje de casos de cánceres, deberían ser dominadas si dispusiéramos de condiciones optimas de reanimación. La tasa de mortalidad podría reducirse alrededor del 3% si la enfermedad se tratara conforme la Ley Férrea del Cáncer.

Todo lo que hasta ahora juzgábamos positivo (por ejemplo: “circulación estable” = simpaticonía) es ahora negativo, señal eventual de una recidiva del conflicto o de un nuevo pánico. Todo lo que era considerado como negativo (por ejemplo: “circulación hipodinámica” = vagotonía = fase de

curación) es ahora positivo. Hasta ahora el paciente que se encontraba en profunda vagotonía, justo antes de su curación definitiva se juzgaba como situación desesperada.

En el caso de cáncer óseo, esta fase coincide siempre con grandes dolores óseos. En realidad, el hueso, que durante la fase de curación se recalifica y se encuentra fuertemente edematizado no duele demasiado, lo que provoca el fuerte dolor es la tensión del periostio al que el edema de curación hincha como un balón. Los dolores periósticos son el mejor índice de curación del hueso subyacente. Esta curación se observa muy bien con controles radiográficos óseos, que indican el progreso de la recalificación, la cual se traduce a nivel cerebral por la coloración oscura de la médula del cerebro que se va atenuando a medida que progresa la calcificación. Esto es un signo de acumulación de edema cerebral, que puede acompañarse de dolores de cabeza.

Es cierto que hay muchas complicaciones posibles a nivel de psiquismo y del cerebro, y naturalmente también en el nivel orgánico. Pero entendiendo las leyes de la Nueva Medicina, los fracasos serían mucho menores que si se continúa ignorando estas leyes.

La crisis de epilepsia en el curso de la curación

Toda edematización durante la fase de curación alcanza en un momento dado su punto culminante, su paroxismo (en el caso de cáncer ulceroso de coronarias este punto se alcanza alrededor de 3 a 6 semanas tras la CL).

La crisis epiléptica o epileptoide, significa o traduce que la edematización ha sido frenada por el propio organismo. Esta breve fase de cambio o rectificación del curso la llamamos “ crisis epiléptica”. Si el paciente a superado esta crisis epiléptica, y si el estado conflictolítico permanece estable, es decir sin pánico y sin recidiva del conflicto, el paciente ha superado generalmente, en gran parte, su enfermedad. *La mayor parte de los casos mortales se producen durante esta crisis epiléptica.*

El infarto del miocardio, o lo que entendemos por ello, deriva únicamente del cerebro y más concretamente de un edema peri-insular del hemisferio derecho. El paro cardíaco no se produce por una disfunción del corazón, sino por el edema de curación que afecta al centro del ritmo cardíaco cerebral.

La crisis epiléptica, más o menos aguda, surge siempre sobre la base de un edema cerebral. La menor de la crisis epiléptica implica edema cerebral.

Las crisis epilépticas y el infarto del miocardio son más frecuentes durante la noche, en honda vagotonía, cuando existe relajación, calma; nunca en periodo de tensión, de simpaticonía.

Cuando el edema afecta la corteza motora Pre - Rolandica o cuando un conflicto de miedo tiene aquí su FH, la crisis epiléptica se manifiesta con breves parálisis de extremidades o de cara.

La crisis epiléptica esta siempre acompañada de síntomas típicamente cerebrales: sudor angustioso, disnea, náuseas, atolondramiento, vértigo, diplopía, calambres, pánico, agitación.

Las crisis epilépticas corticales, es decir aquellas que son provocadas por un FH en el cortex, pueden afectar a toda la corteza produciéndose contracciones musculares continuas (tónicas) o sacudidas(clónicas) con espuma o sangre por mordeduras en la lengua, etc.

Por su naturaleza, la crisis epiléptica es una puesta en estado de shock del organismo intentando hacer presión sobre el edema intra y perifocal del FH, cuyas presiones excesivas amenazan asfixiar el centro correspondiente y paralizar el funcionamiento. Es este edema el responsable del paro cardíaco y la disfunción del centro del ritmo cardíaco.

Cuando el conflicto ha durado más de 9 meses, las posibilidades de sobrevivir disminuyen sensiblemente. Cuando se puede realizar un tratamiento preventivo, es decir en el plazo de 3 a 6 semanas de vagotonía que preceden a la crisis epiléptica o al infarto del miocardio, frenando el edema cerebral con la ayuda de los corticoides (u otros medicamentos) y el enfriamiento de la cabeza, se reduce a la mitad la tasa de mortalidad del infarto de miocardio.

Es muy importante saber que en algunos casos, en la crisis epiléptica, la glicemia puede caer casi hasta cero, por lo que el aporte de glucosa es siempre oportuno (con el menor líquido posible).

El descubrimiento de los Focos de Hamer

Hasta ahora, los FH eran para los neurocirujanos “tumores cerebrales”. En realidad, lo que ocurre es que en el curso de la fase de curación los FH se hinchan, se tumefactan, se encuentran repletos de glías, que son células de sostén del sistema nervioso que reparan el daño de la red neuronal. Una vez reparados, los FH se deshinchon progresivamente. Durante la fase de curación los FH tienen una tumefacción provisional bien circunscrita. Esta tumefacción puede causarnos problemas si el conflicto ha durado mucho tiempo o bien si el edema está en un emplazamiento desfavorable. Pero en principio, tras la fase de curación, el FH es la cicatriz anodina de una enfermedad que ha terminado.

La Ley Férrea del Cáncer no es más que un esquema que indica la regularidad del desarrollo de una enfermedad cancerosa, o bien, si el conflicto se ha resuelto, la evolución de la curación de esta enfermedad cancerosa.

Los FH son un hecho cierto, exacto, auténtico, comprobado y efectivo, no sólo verificable y reproducible, sino con una explicación evidente y clara del hecho.

La Ley Férrea del Cáncer como adyuvante terapéutico

Desde que sabemos por qué el paciente está enfermo y en qué estado de su enfermedad se encuentra, podemos dialogar tranquilamente con él de forma tal que no tenga ya pánico, más sabiendo que un gran porcentaje puede superar la enfermedad. En ese momento podemos comprender una terapéutica basada en la conciencia y no en hipótesis.

Por su parte, el paciente conservará la calma, sabiendo que los médicos conocen el principio y “a partir de este principio” saben usarlo para su curación.

La enfermedad del cáncer es una perturbación, prevista por la naturaleza, del código normal del comportamiento en el hombre y en el animal.

La regularidad con que las perturbaciones del código normal del comportamiento se desarrollan muestran precisamente que la avería del código está también incorporada en lo normal.

El cáncer no es una enfermedad provocada por microbios anárquicos o por moléculas de ADN desbocadas; es una acción sistemática y coordinada de la naturaleza, que se desarrolla según una ley rigurosa, tras un código superior que no rige solo a un individuo, sino al universo mismo. Por lo tanto, el cáncer no es una catástrofe provocada por colonias de células desenfrenadas, sino una fase de nuestra vida, que se conforma biológicamente a una ley rigurosa: la ley Férrea del Cáncer, siendo necesario comenzar por una comprensión nueva para evitar así cualquier tipo de miedo.

Cuando se produce el DHS hay alteración de un campo en el cerebro, un impacto. Los códigos emitidos por esta área cerebral activan un programa en el órgano correspondiente, deviniendo así, el cáncer orgánico.

La Ley Férrea del Cáncer fue en un principio el mecanismo de la génesis y de la evolución del cáncer. Pero hay toda una serie de enfermedades distintas, que hasta ahora no teníamos el hábito de llamarlas cáncer, y que en el fondo se comportan según la Ley Férrea del Cáncer.

Es lo que debemos comenzar a conocer como la segunda parte de la enfermedad cancerosa, por ejemplo: el infarto del miocardio, las artrosis, etc.

Se ha comprobado que la fase de curación del cáncer, cuando se desarrolla como se prevé, comporta un cierto riesgo para la vida del paciente, pero gracias a la Ley Férrea del Cáncer, se puede ejercer una profilaxis con bastante precisión. Es maravilloso, que, al conocer ya el mecanismo, podamos calcular en función de los datos fundamentales (DHS, CL) lo que puede surgir en el paciente y curarlo.

Gracias a la TAC cerebral disponemos de un método muy fiable que nos permite preventivamente, tomar las precauciones que eviten o intenten evitar la “crisis epiléptica” que, en el caso del carcinoma de coronarias, conduce al infarto del miocardio, reduciendo el edema cerebral. Lo mismo ocurriría con la leucemia, que no es propiamente dicho una enfermedad, sino el signo culminante que manifiesta que el conflicto de desvalorización de sí, se ha resuelto. No es dificultad para nuestra medicina intensiva, particularmente equipada, mantener al paciente a flote hasta que

la hematopoyesis eritrocitaria vuelva a la normalidad, realizando transfusiones en casos necesarios de anemias.

Focos de Hamer (FH)

En lugar de metástasis cerebrales

Uno de los dogmas más sacrosantos de la medicina clásica es el de los famosos tumores cerebrales.

En el origen de esta gran equivocación se supone el principio monoclonal del cáncer, de la proliferación absurda y desordenada, incontrolada e irracional de células anárquicas que provienen de una célula extraviada, “transformada”. Aunque no se haya aportado nunca prueba alguna, este dogma implica también que una parte de células anárquicas se diseminan por vía arterial a otros órganos donde fundan colonias, tumores hijos, llamados “metástasis”, palabra griega que significa “cambio de hogar”.

Desde esta óptica, para que las células cancerosas puedan ganar a nado territorios alejados estarían obligadas a tomar la vía vascular arterial, ya que en el sistema venoso y linfático, la sangre y la linfa circulan de la periferia al centro, es decir hacia el corazón y no hacia la periferia. En vano se han hecho miles de pruebas intentando encontrar células cancerígenas en sangre arterial; salvo en caso de operaciones, no se ha encontrado nunca. Se ha llegado a filtrar las células sanguíneas sin haberse encontrado ninguna célula cancerosa.

Según este primer dogma, todos los carcinomas llamados “secundarios” son considerados metástasis de un cáncer pre-existente, llamado “cáncer primitivo”, lo que lleva dogmáticamente a admitir las transformaciones, las “metamorfosis” más fantásticas de las células cancerosas. Por ejemplo:

Un carcinoma de tejido epitelial (pavimentoso), que deriva del ectodermo, se transformaría en adenocarcinoma, cáncer del tejido glandular derivado del endodermo y viceversa (un cáncer bronquial dando metástasis en hígado).

Un adenocarcinoma del tracto intestinal, derivado del endodermo, sería capaz de producir una osteólisis, es decir una reabsorción de tejido óseo, el cual deriva del mesodermo, y consecuentemente dar metástasis osteosarcomatosas mesodérmicas.

A la inversa, los sarcomas (tejido conjuntivo mesodérmico) lograrían mutar y dar lugar a metástasis carcinomatosas ectodérmicas o endodérmicas (en pulmón, por ejemplo).

Cualquier estudiante de medicina, ha estudiado en los libros, que una célula de un origen embrionario no puede convertirse en una célula de otro origen embrionario. Se confunde a las células madre con las células totipotenciales.

En realidad las cosas pasan de una forma muy distinta. En el mismo instante en el que un violento shock conflictivo, un DHS, nos toma desprevenidamente (a contrapié), en un aislamiento psíquico total, se produce en el cerebro, bajo el impacto de este shock, un FH.

A cada tipo de shock conflictivo, al que también se puede llamar “conflicto biológico”, corresponde un área muy específica de nuestro cerebro, y al mismo tiempo una parte muy determinada de nuestro organismo.

Al dogma anteriormente referido se han añadido muchos más, todos igual de erróneos, como el de la inmortalidad de la célula cancerosa, capaz de proliferar indefinidamente y de conducir inexorablemente a la muerte.

En el preciso momento del conflicto biológico, decenas de millones de células, en esa área específica del organismo, degeneran simultáneamente en células cancerosas, lo mismo que a nivel cerebral; no es una sola célula la impactada en el DHS. En el área específica cerebral correspondiente a la coloración, al matiz del conflicto, millares de células son puestas simultáneamente en una actividad programada que coloca al organismo en su totalidad en simpaticotonía.

Si es cierto que a un determinado tipo de conflicto corresponde en el cerebro un área determinada, podríamos concebir que existen millares de conflictos, más o menos emparentados, que se distinguen entre sí por el color o el matiz.

Los impactos en el mismo emplazamiento o en la proximidad, se marcan en el área cerebral dando lugar al nacimiento de un FH, según una filigrana siempre matizada y original en función del color del conflicto. En el estadio de la cicatrización puede que no podamos distinguir esta filigrana original.

La célula de un adenocarcinoma (endodérmico), debería en el curso de su breve migración, todavía nunca observada, en dirección al tejido óseo (de origen mesodérmico) prever exactamente el sitio en el que va aterrizar y a realizar esa “metamorfosis” fundamental para llegar a participar o cambiarse en tejido derivado del mesodermo y formar un osteosarcoma o viceversa.

No hay medio de reproducir artificialmente o en cultivo esta metamorfosis. Sólo podrían cultivarse sarcomas de tejido conjuntivo, que en el fondo no son más que brotes, proliferaciones inofensivas que se desprenden del tejido del que derivan.

En la mayor parte de los casos es superfluo realizar un examen histológico ya que en un emplazamiento determinado del organismo, el tumor siempre tendrá la misma formación histológica.

Si el cáncer proviniera de una única célula transformada, los fenómenos cerebrales, serían “tumores primitivos” o al menos “metástasis”. Sin embargo sabemos desde el primer año de medicina que la neurona no sufre mitosis, no se puede dividir, de forma que una multiplicación o una renovación de células viejas no es posible. Lo único que puede multiplicarse es el tejido conjuntivo cerebral. La neuroglia, tejido de sostén y de envoltura formado por células gliales. Como en el resto del organismo el tejido conjuntivo es capaz de proliferar en los procesos de cicatrización, alimentación y sostén tisular. Decimos, por tanto, que el tejido conjuntivo en el organismo, y el tejido glial en el cerebro, no tiene más que una función nutricia, un papel de soporte y actuación en el proceso de cicatrización.

¿Qué es un FOCO DE HAMER y qué ocurre en el cerebro durante un DHS?

El FH en el cerebro designa el área, la región o el emplazamiento del cerebro que es el “punto de impacto” del DHS. Esta localización no es fortuita, es el relé (la parada, la estación) que el individuo asocia en el preciso instante del DHS, en función del contenido del conflicto, de su coloración particular.

En el preciso instante del DHS el órgano de correlación con esta área específica del cerebro, está afectado de cáncer. A la par, con la progresión del conflicto, el FH se desarrolla en el cerebro; es decir, que el área alterada se extiende o se afecta más intensamente; a la vez el cáncer progresa en el órgano, ya sea aumentando la masa tumoral por una autentica división mitótica (endodermo), ya sea como progresión de la destrucción necrótica (mesodermo), o una forma intermedia (ectodermo).

Los FH en el cerebro son claramente visibles (los neurólogos lo toman por tumores o metástasis cerebrales).

Si presentan un edema perifocal bien circunscripto y resaltan mucho con productos de contraste se califican como “tumores cerebrales de progresión rápida”. Si presentan grandes edemas que ocultan el FH (como generalmente es el caso de los FH en médula) surge la extrañeza y la perplejidad. Si aparecen en el cortex se interpretan absurdamente como tumores menígeos. En el fondo se trata siempre de lo mismo, percibido en diversos estadios de evolución: de FH.

Cuando se produce un DHS, el centro relé se ubica en el cerebro llegando a constituirse así el FH. Este FH está en estado de simpaticotonía duradera. Esta simpaticotonía, aunque en un principio es normal, no debe mantenerse mucho tiempo, ya que se produce un deterioro de los circuitos de conexión de las células cerebrales, y a su vez el daño que produce el cáncer en el órgano. Hasta el final de la fase activa del conflicto, el FH no para de sufrir modificaciones alarmantes.

Actualmente en la Fase post conflictolisis (Fase PCL), podemos medir la amplitud de los daños causados. Desde el comienzo de la Fase PCL, el organismo comienza a reparar los desgastes del cáncer a nivel orgánico.

Plano Psíquico:

Se pone en reposo. El psiquismo debe rehacerse.

Plano cerebral:

Hay reparación del FH.

Plano Orgánico:

La reparación del tumor o de la necrosis es emprendida por reducción bacteriana o por cicatrización, pero siempre con la presencia de un edema como signo de curación.

La reparación del Foco de HAMER

Lo primero que vemos en el comienzo de la Fase de PCL, es que el FH está envuelto por una “orla edematosa perifocal”. A veces este edema no es solo perifocal, es también intrafocal, es decir que inunda el FH de parte a parte. Al mismo tiempo se procede a la renovación de los aislantes de las conexiones neuronales. Es necesario esperar un poco para detectar este proceso en la TAC cerebral. Para asegurar este aislamiento el organismo vierte gran cantidad de células gliales entre las mallas del tejido neuronal. Esta proliferación glial en el FH se ha tomado hasta hoy como un “tumor neoplásico”.

Una vez que el FH tiene edema intra y perifocal, se llega a un proceso expansivo, rechazando las estructuras que lo rodean, comprimiendo el tejido cerebral envolvente. Este espacio necesitado por el FH es suministrado parcialmente por los ventrículos laterales.

Este FH edematoso, en extensión, es fácilmente reconocible en la TAC cerebral, ya que la simetría de las estructuras cerebrales se altera por el efecto de la presión ejercida. Las densidades son fáciles de observar, y el edema presenta menor densidad que el tejido cerebral. No obstante, el producto de contraste pone en evidencia la presencia del FH, cuya actividad metabólica está constantemente acrecentada.

Aunque no hablemos ahora de las posibles complicaciones del FH y sus terapias, si se llega a dominar la fase crítica de la tumefacción del FH mediante enfriamiento, corticoides, etc., lo único que quedaría es una pequeña cicatriz glial sin edema. Estas cicatrices no entrañarían prácticamente déficit neurológicos.

Puede ser que el FH se desgarre en su interior, que haya casi una explosión, formándose un quiste de líquido cefalorraquídeo; el FH se observa entonces como una corona blanca alrededor de este quiste.

Foco de Hamer y conflicto central

El conflicto central y paracentral, son sin duda la forma mas grave del conflicto biológico.

En el plano psíquico se trata generalmente, de conflictos de miedo dramático, que se conforman a una desvalorización muy profunda de sí mismo y cuyo impacto cerebral llega a alcanzar, a menudo al diencéfalo.

El conflicto central se reconoce porque bajo su impacto el cerebro parece dispuesto en “anillos”. Se diría que los círculos descriptos por una piedra tirada al agua se congelan.

Conforme a su carácter, el conflicto central provoca frecuentemente la parálisis de las extremidades al afectar la corteza motora en la circunvolución pre- central. Estas parálisis pueden curar, pero la regresión está en función de la del edema cerebral.

También pueden dar imágenes de desplazamiento de los ventrículos. Al retirarse el edema, la imagen parece la de un campo minado.

Histología de los Focos de Hamer

Nuestro cerebro está formado aproximadamente por un 10% de neuronas y un 90% de células de sostén, o glías, que conforman el tejido cerebral.

Las glías se pueden dividir en:

Macroglías

Microglías.

Se sospecha que las microglías tengan origen en la médula ósea y estén muy emparentadas con los monocitos. En todo caso derivan del mesodermo. Otra hipótesis es que tengan su origen en la Piamadre (tejido conjuntivo que contacta con la superficie externa del cerebro), pero en todo caso las microglías son de origen mesodérmico.

Las Macroglías se dividen a su vez en: Astrocitos y Oligodendrocitos.

Los Astrocitos forman, esencialmente, las cicatrices cerebrales, mientras que los oligodendrocitos envuelven o aíslan a las neuronas (vainas de Schwann).

Tanto las macroglías como las microglías cooperan estrechamente, la microglia siendo móvil (al menos al principio) y las macroglías proliferando en un emplazamiento fijo.

Las neuronas no pueden dividirse o proliferar desde el nacimiento, de forma que, por definición, no pueden existir tumores cerebrales del tipo carcinoma.

Lo único que puede proliferar es la glía, en consecuencia, no se puede hablar mas que de cicatrices cerebrales, formadas a partir del tejido conjuntivo, o de “queloide glial”.

Cuando hay alteración de un área cerebral se produce un crecimiento perimetral. Esta consistencia sólida, a la que llamamos “foco hiperdenso” se ve abastecido por una rica irrigación sanguínea, al igual que las cicatrices del resto de nuestro organismo y, especialmente, las cicatrices queloideas. Esta es, a su vez, la razón por la cual estos focos hiperdensos captan mucho mejor los medios de contraste.

Distintos tipos de FH:

1.- Ictus apoplético o accidente cerebral:

Se trata, prácticamente siempre, de un Foco de Hamer extenso, situado generalmente (en diestros) en posición peri-insular derecha. El proceso cerebral afecta sólo al nivel cortical en la circunvolución precentral, es decir, el área motora; siendo la parálisis el signo que figura en primer plano. A este punto de la zona cortical corresponde correlativamente en el lado opuesto del tronco cerebral, el núcleo del nervio facial, quien, a su vez, es corresponsable de la parálisis facial.

Los conflictos más frecuentes que afectan esta localización son:

miedo a la muerte.

conflicto de territorio y miedo a la muerte,

conflicto de desvalorización de sí mismo.

Rigurosamente hablando, el ictus apoplético tiene dos FH responsables, uno en el tronco cerebral y otro en el cerebro. El cerebral (cortical) puede combinarse con un conflicto de territorio (a la derecha), con un conflicto sexual (a la izquierda), o con un conflicto de desvalorización de sí mismo con participación de la médula del cerebro, y a nivel orgánico manifestando osteólisis.

El ictus apoplético siempre sobreviene durante la Fase de PCL.

2.- El llamado “tumor cerebral” (en realidad FH):

La proliferación del tejido conjuntivo glial envuelve el área alterada del FH y repara, es decir refuerza el aislamiento eléctrico.

Este FH en la TAC cerebral aparece como una mancha o un área blanca más o menos grande. Corresponde a un acumulo importante de neuroglia en el área cerebral antes alterada. Este FH representa el final de la cicatrización cuando no hay mas edema intra y perifocal. Es simplemente una cicatriz que se beneficia de una mejor irrigación sanguínea, así como el área que la rodea.

3.- El FH en la fase de curación:

A excepción de la parálisis, la mayor parte de los procesos cerebrales de la enfermedad cancerosa no se manifiestan más que durante la fase de PCL (la fase de curación). En efecto no es sino en esta etapa cuando se acompañan de edemas de curación. El edema intra y perifocal es pasajero, al igual que cualquier otra tumefacción cerebral. La tumefacción del Foco de Hamer, se produce en la fase de curación (Fase PCL).

Las neuroglias, durante el momento de crecimiento perineuronal en el FH, rellenan los intersticios de la malla interneuronal con el fin de reparar el buen funcionamiento de las células cerebrales que permanecen inalteradas en su estructura específica. La Fase PCL, consecutiva o fase de curación, es siempre la “fase del mesoderma”.

Aunque el edema cerebral, al igual que cualquier edema orgánico, sea pasajero, el paciente puede morir a consecuencia de una hipertensión cerebral antes que el edema se reabsorba.

Existen, principalmente seis posibles complicaciones con desenlace mortal en la fase de curación:

- 1.- Duración demasiado larga del conflicto o gran intensidad del conflicto responsable.
- 2.- Acúmulo de edemas perifocales simultáneos con FH durante la curación simultánea de distintas enfermedades cancerosas.
- 3.- Localización particularmente desgranada del FH y de su edema perifocal en la fase de curación. Por ejemplo, en la proximidad del centro de la respiración en el bulbo raquídeo, o del centro del ritmo cardíaco en la región peri-insular de los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo.
- 4.- Desplazamiento de las vías de evacuación del LCR, y en particular del acueducto, produciéndose una obstrucción al paso del LCR con dilatación máxima de los ventrículos, dando lugar a hidrocefalia y a hipertensión intracraneal.
- 5.- Recidiva de múltiples conflictos, con alteración reiterada de actividad conflictiva y de fase de curación con edema intra y perifocal, produciéndose fatiga y deterioro entre las conexiones de las células cerebrales. Esto es particularmente manifiesto cuando el FH se localiza en el tronco cerebral. Todo esto entraña desmembramiento súbito del área, y si se produce en el tronco cerebral, la muerte puede ser instantánea.
- 6.- Puede que los síntomas de la fase de curación lleven al paciente al pánico y provoquen un conflicto central de miedo a la muerte. Basta, a veces, con una palabra condenatoria para precipitar al enfermo a un abismo de desesperanza y pánico.

Es ésta una complicación muy frecuente y muy grave, que todos los médicos tendrían que saber evitar.

4.- Ruptura del FH por el edema intrafocal:

Una de las formas que puede presentarse, y que se toma torpemente por “tumor cerebral”, es el quiste, especie de esfera hueca que se llena de líquido y que da una imagen de anillo claro en la TAC cerebral. Este quiste está tapizado por glias y tejido conjuntivo. A veces el quiste se llena de sangre, que proviene de los pequeños vasos de la orla cicatrizal, dando lugar a diagnósticos erróneos .

En el marco de los conflictos circunscritos de larga duración, puede que en la fase PCL. el tejido cerebral se desgarte por la presión del edema intrafocal, produciéndose un quiste lleno de líquido que a veces no regresa completamente.

En el corte de la TAC cerebral el quiste aparece como una figura anular, o bien si se toma un plano tangencial, parece una esfera blanca más o menos grande.

Las formas de evolución biológica de la enfermedad del cáncer

¿Cómo se desarrollaría una enfermedad cancerosa si, salvo la solución del conflicto, no se hace nada de nada?

Si se cura, la medicina clásica lo denominaría “curación espontánea”. Suele verse esto en los carcinomas renales.

Los más remisos a este tipo de curación parecen ser los hepáticos. Se sabe que la contrariedad es objeto de innumerables recidivas, sobre todo dentro de la familia o en el trabajo, lo que significa que estos carcinomas sigan evolucionando. Por otro lado son extremadamente frecuentes. La mayor parte de los tumores hepáticos en los jóvenes regenera (si el conflicto cede) de forma que quedan imperceptibles. Cuando el paciente es mayor se constata una transformación de estos carcinomas (a condición de que el conflicto termine) en tejido conjuntivo, lo que llamamos cirrosis hepática.

La evolución espontánea

El paciente se da cuenta que existe un conflicto activo y, en correlación, un FH activo, así como un cáncer en el órgano correspondiente. El paciente tiene las extremidades frías, no tiene apetito, ha perdido peso y duerme mal. Sus pensamientos están constantemente alrededor de su conflicto. El médico se entrevista con su paciente encontrando el DHS origen del conflicto, diciendo al paciente que el caso no es tan trágico y que lo más necesario es resolver cuanto antes el conflicto.

Los esfuerzos conjugados de ambos llegan al fondo. El paciente sin pánico ingresa en una clínica especializada en la que se realiza su cura. Sabe que debe evitar en el futuro la esfera conflictiva. No siente pánico y sabe que no se encuentra su nombre en ningún fichero donde conste “cáncer incurable”. Ha comprendido perfectamente los mecanismos de la enfermedad, sus pormenores, de forma que no sienta pánico por “metástasis rápidas o tardías”. Sabe que las expresiones estúpidas pertenecen al vocabulario del siglo XX, despreciado por ser el “siglo más bestial de la historia del mundo”.

La forma de evolución biológica sigue siempre a la evolución del conflicto; a su termino natural. Esta solución consiste casi siempre en buscar la solución real al problema que es la base del conflicto.

Diagnóstico radiológico de los Focos de Hamer

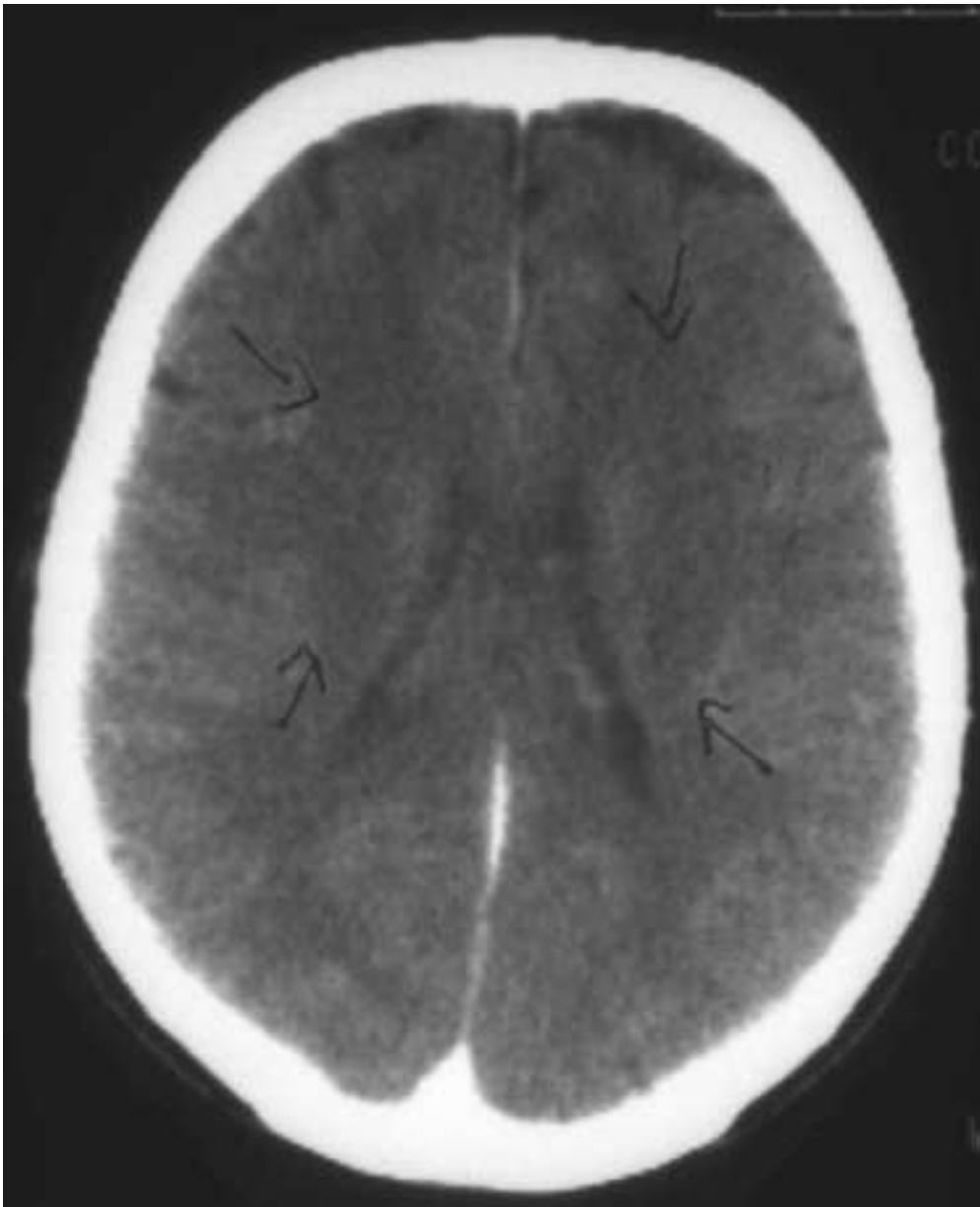
Para entender la aparición radiológica de un FH, es necesario conocer inicialmente algo de los cortes radiológicos de cerebro normal sin contraste. Prácticamente con cinco cortes de cerebro sin contraste endovenoso. Uno puede ubicar los distintos centros o relés cerebrales donde se situarían los distintos FH. A veces el FH es de tal notoriedad radiológica que se lo confunde con una metástasis cerebral de un tumor orgánico de otra parte del cuerpo o simplemente con un tumor primitivo de cerebro. Recordemos que el FH aparece radiológicamente de dos maneras:

Si el paciente está en fase del conflicto activo (FCA), es decir en estado de simpaticotonía permanente, la imagen que se observa en el relé correspondiente al órgano afectado es la de la denominada “imagen en diana”, que no es más que una imagen con halos concéntricos bien definidos, como si uno arrojara una piedra en un lago o en un estanque. Esos halos serán más pronunciados y visibles, cuanto más profunda sea la FCA.

Si el paciente se encuentra en fase de solución o post-conflictolisis (FPC), en ese mismo lugar donde se encontraba la imagen en diana, la misma se observa por un edema, que será discreto o muy marcado, dependiendo de la magnitud y duración de la fase del conflicto activo. Es decir, el edema reemplaza la imagen en diana.

Suelen observarse, en el mismo estudio radiológico de cerebro, imágenes nuevas de edemas anteriores, lo cual habla de una posibilidad de que el paciente haya pasado por otros tipos de conflictos y, en el momento que se realiza la TAC, los mismos se observan en fase resolutive, o muy por el contrario, si el paciente presenta más de una imagen en diana, es porque seguramente hay un nuevo conflicto psicobiológico en puerta, que ha pasado inadvertido en el interrogatorio y/o entrevista médica.

Por ello, es imprescindible conocer la manera do cómo debe ser abordado un paciente nuevo de acuerdo a la Medicina Psicobiologica, ya que puede ocurrir que no detectemos un conflicto psicobiológico en la entrevista y lo podamos encontrar en la TAC de cerebro.



Paciente de 45 años con FH central. Consulta por cefalea crónica.

¿Cómo se debe hacer la tomografía cerebral?

No es condición imprescindible para el conocimiento psicobiológico del paciente. La TAC puede hacerse sin mucha urgencia, a veces puede ser contraproducente sugerir a un paciente que tiene una determinada información, y al cual probablemente se le han solicitado muchos estudios previos antes de nuestra entrevista inicial, sobre el estudio de una tomografía de cerebro, porque lo primero que piensa es que uno está buscando “metástasis cerebrales”. El momento de la solicitud de dicho estudio dependerá de cómo haya transcurrido la entrevista, no hay exactamente un día particular.

La TAC cerebral es un elemento de valoración muy importante, ya que da un diagnóstico y pronóstico muy puntual, pudiendo adelantarse a cualquier acontecimiento orgánico antes de la aparición de algún síntoma. Se interpretaría el hoy y el probable mañana del paciente, mucho antes de que los hechos ocurran.

¿Cómo se debe solicitar la TAC de cerebro?

Se debe solicitar como Tomografía Axial Computarizada de cerebro con doce cortes horizontales y paralelos.

¿Por qué una TAC de cerebro y una resonancia magnética nuclear?

La razón es muy sencilla: nuestro organismo está regulado por el cerebro y cada órgano tiene su correspondiente relé relacionado con una zona del cerebro, por lo tanto las señales dejadas por la relación *trauma psíquico / daño orgánico* aparecen en las TAC de cerebro, en forma de diana o edemas. La razón técnica es que, para que esto suceda al realizar una TAC en la alteración del campo electromagnético, no puede ser captada por la resonancia magnética nuclear (RMN) y para que haya “momento magnético” es necesario que el número de protones y neutrones producidos por los núcleos, situados en el área de la “diana”, sea impar. A partir del mismo momento en que se produce el *shock* psíquico altamente traumático, el DHS, la “diana” cerebral contiene un número par de protones y electrones, razón por la que no se emite ningún 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.

Conclusión.

Hemos intentado describir con la mayor justicia posible la primera ley de Hamer.

En el transcurso del libro, iremos haciendo un análisis de sus fundamentos.

Es indudable que sin conocer las otras cuatro leyes, surgen demasiadas preguntas que deberemos tener la paciencia de no contestarlas aún.

Hay dos preguntas que surgen frecuentemente en aquellos que se interesan por la Nueva Medicina. La primera tiene que ver con el papel de los conflictos biológicos en los recién nacidos. Hemos escrito un capítulo llamado “Un aporte teórico al origen del cáncer” que creemos puede ser de utilidad para abordar este tema.

La segunda, más que una pregunta es un cuestionamiento y se refiere a la veracidad de las imágenes cerebrales. Muchos imagenólogos, siguen argumentando que tales FH son artefactos técnicos y que no expresan nada más que la interfase entre los distintos tejidos cerebrales. Cuando Hamer los descubre, realizó un protocolo de verificación con los ingenieros de Siemens (que fabrica los tomógrafos) y la respuesta de ellos fue que las imágenes mostradas no podían ser definidas como artefactos del aparato, aunque desconocían su origen. Creemos que si encontramos un FH en una zona de cerebro que tiene que ver con la mama izquierda y la paciente tiene una lesión de mama izquierda, es verificación suficiente de que el FH no es un artefacto técnico.

De todas maneras, creemos que las 5 leyes de la NM aportan un cambio tan revolucionario al origen, evolución y tratamiento de las enfermedades, que no puede hacerse de ella una reducción tan mezquina y convertirla en un método de diagnóstico por imágenes.

La esencia de la NM está en sus 5 leyes y es a ellas a las que debemos abordar para tener una nueva concepción del enfermo y de la enfermedad. A partir de allí, remitimos al lector a los propios escritos de Hamer en cuanto al abordaje y al tratamiento. Por nuestra parte y en este libro, presentamos nuestro propio abordaje y nuestro propio tratamiento.



Paciente de sexo masculino, diestro, de 30 años de edad. Se observa engrosamiento de la sustancia blanca. FH en la zona de cuello y escápula. El diagnóstico es distrofia facioescapulohumeral.

CAPITULO VIII

SEGUNDA LEY

“Largo es el camino de la enseñanza por medio de teorías, breve y eficaz por medio de ejemplos.”
SÉNECA.

“Ley del carácter bifásico de las enfermedades que presentan solución de conflictos”

Concepto

Toda enfermedad, si el conflicto se resuelve, evoluciona en dos fases: la primera, de simpaticotonía o fase fría, acompaña al conflicto activo; la segunda, de vagotonía o fase caliente, está asociada a la conflictolisis o resolución del conflicto.

En la génesis del cáncer, en la evolución y en la curación, el ritmo vegetativo juega un rol absolutamente central. *La perturbación del ritmo vegetativo es el criterio diagnóstico más importante de la enfermedad cancerosa, tanto en su génesis como en su curación.* No hay cáncer sin una simpaticotonía continua debido a un conflicto. No hay curación sin vagotonía continua. La curación definitiva implica la vuelta a la normotonía.

El estado vegetativo de un paciente es perfectamente accesible al diagnóstico. Basta dar la mano al paciente y se sabe exactamente si tiene las manos frías o calientes, es decir si está en simpaticotonía o en vagotonía. No se puede olvidar que esta última (fase de curación tras la solución del conflicto) es precisamente una “fase” que llega de forma natural cuando el organismo reencuentra su ritmo normal, la normotonía. Pero la naturaleza se las arregla para que esta normalización no se produzca hasta que el organismo esté reparado tanto a nivel cerebral como orgánico. La llamada distonía vegetativa debe revisarse bajo los argumentos psicobiológicos para entenderse.

Lo mismo que en la fase activa del conflicto, el organismo moviliza todos sus recursos para ganar la batalla. La clave durante la fase de curación es asegurar el reposo completo para favorecer al máximo la recuperación en el doble plano cerebral y orgánico.

Igual que se puede dividir la jornada de 24 horas en una fase diurna y una fase nocturna, se puede paralelamente dividir la enfermedad del cáncer en una fase diurna “simpaticotónica” o fase del conflicto y una fase nocturna “vagotónica” o fase de recuperación. Todo cáncer en fase de conflicto activo se traduce por una simpaticotonía permanente, y todo cáncer en fase de curación, tras la solución del conflicto, se manifiesta por una vagotonía permanente.

Hay dos fases en nuestro ritmo:

1.- La fase diurna:

En esta fase trabajamos, luchamos. Requiere que estemos bien despiertos. Dura, aproximadamente, desde las cuatro o las cinco de la mañana hasta las ocho o nueve de la tarde en verano, y desde las seis o siete de la mañana a las seis o siete de la tarde en invierno.

Los “órganos ergotropos” son inervados de forma prioritaria, son los órganos del trabajo: músculo, corazón y cerebro.

2.- La fase nocturna:

Durante esta fase dormimos. El psiquismo, el cerebro y los órganos descansan del trabajo. En esta fase hay inervación y riego sanguíneo aumentado en los “órganos trofotropos”: estómago, intestino, hígado y páncreas. El alimento es digerido tranquilamente. El psiquismo, el cerebro, los órganos, todo el organismo se recupera y toma fuerzas para el día siguiente.

Entre el DHS y la renormalización en eutonía se sitúa la enfermedad cancerosa con sus dos fases: la fase de conflicto activo (FCA) y la fase de curación o fase de post-conflictolisis o post-conflictolítica (FPCI). Se puede asemejar la FCA, la fase activa del cáncer, a la fase diurna permanente. El paciente que se encuentra en esta fase apenas duerme, tiene aumentada la secreción de adrenalina, pierde peso, etc., hasta que resuelve su conflicto. Si lo resuelve, entra en la fase PCL, la fase de curación, la fase nocturna permanente. Si no lo resuelve, se llega al agotamiento y la enfermedad progresa hasta la muerte.

Nuestro organismo se mantiene siempre por la acción de dos bridas: la inervación simpática / la inervación parasimpática; el ritmo diurno / el ritmo nocturno; la tensión / la relajación; la fase de conflicto activo / la fase de conflicto resuelto; el crecimiento del cáncer / la curación del cáncer.

El Sistema nervioso vegetativo ordenador central

Cuando nuestro organismo está sano sigue estos ritmos : ritmo diurno / nocturno, ciclo vigilia / sueño; alternancia tensión / reposo, o ritmo simpaticotónico/ parasimpaticotónico o vagotónico.

Este ritmo vegetativo es un elemento central en nuestro organismo, en nuestra vida. La función de todos nuestros órganos es coordinada por este ritmo vegetativo. El sistema nervioso que asegura esta coordinación es el llamado Sistema Nervioso vegetativo o autónomo (SNA). Como el nervio principal del sistema Nervioso parasimpático es el vago, a la inervación de reposo se le llama también vagotonía. La inervación simpática, y también la parasimpática, tiene cada una su propia red de conexión nerviosa.

El sistema nervioso vegetativo proviene de un tiempo evolutivo en el cual el puente cerebral era la parte más evolucionada del cerebro. Apareció hace cien millones de años, antes de que aparezcan los mamíferos y hayan empezado a tener importancia las funciones específicas del tronco cerebral (diferenciación día-noche, regulación de la temperatura corporal, reloj biológico).

La crisis epiléptica. Proceso normal en la fase de curación

Toda enfermedad cancerosa tiene:

- 1) DHS: Inicio de la enfermedad, comienzo de la actividad conflictual.
- 2) CI: Conflictolisis, inicio de la fase de curación, fin de la actividad conflictual.
- 3) CE: Crisis epiléptica, punto de inversión entre la progresión y la regresión del edema (en el cerebro y en los órganos).
- 4) RNV: Re-normalización vegetativa.

Pero este esquema no es válido más que para una enfermedad cancerosa. En el caso en que se presentaran varias a la vez, se darían distintas posibilidades, que desde el punto de vista del desarrollo pueden estar en fase o desfasadas.

Cuando dos conflictos comienzan por un DHS simultáneo, teniendo los conflictos cerebralmente análogos sus centros-relé en partes comparables del mismo cerebro (por ejemplo, los hemisferios), decimos teóricamente que están en “constelación”, sobre todo si han sido desencadenados simultáneamente. No es frecuente que los procesos de curación estén en constelación, ya que la intensidad conflictual de dos conflictos simultáneos no es la misma. Por ejemplo, puede que uno de los conflictos tenga disminuida su intensidad y, lógicamente, la solución de ambos conflictos no se produce al mismo tiempo. Decimos entonces que uno de ellos está todavía en “suspense o en

balance”. Pero lo más frecuente es que el comienzo de los conflictos no tenga lugar simultáneamente.

Respecto a la crisis epiléptica:

- 1.- La CE, en el transcurso del proceso de curación de un cáncer, es el punto de inversión, el vértice de la fase edematosa, que anuncia la fase de eliminación del edema.
- 2.- Todo cáncer tiene una CE o epileptoide.
- 3.- Estas CE tienen una evolución clínica muy distinta, según la localización del FH en el cerebro.
- 4.- Sólo las CE corticales producen contracciones tónico clónicas, por la participación de la corteza motora Pre - rolándica. Las demás crisis epileptoides (del cerebro, del tronco cerebral o del diencefalo) tienen su cuadro clínico específico sin contracciones musculares tónico clónicas.
- 5.- Tras la CE el edema de curación disminuye.
- 6.- Una conflictolisis simultánea de varios conflictos puede ser peligrosa, ya que son muchas partes del cerebro las que se ven implicadas a la vez en esta CE o epileptoide.
- 7.- La epilepsia no es una enfermedad permanente específica, sino (en el caso de CE frecuentes) una “constelación de procesos de curación que se reproducen crónicamente”.
- 8.- El infarto de miocardio es una forma de epilepsia que se da cuando se afectan las áreas corticales de la región insular.

Cuanto más intenso haya sido el conflicto y mayor su duración, más importante será el edema y más prolongado.

Toda enfermedad cancerosa tiene en la fase de curación “su tipo específico de CE”, por lo que interesa saber:

- a- ¿Cuál era el conflicto?
- b- ¿Cuándo ha tenido lugar el DHS?
- c- Tiempo de duración del conflicto
- d- Si se ha resuelto el conflicto
- e- Prevención de la CE
- f- ¿Qué intensidad presentará?
- g- ¿Cómo se manifiesta la CE o epileptoide

El infarto de miocardio es una CE. El FH está situado en la región temporal del hemisferio cerebral derecho. Conociendo la duración y la intensidad del conflicto, se puede prever, casi siempre, de tres a seis semanas antes, es decir, en el momento de la CL (Conflictolisis).

Si el paciente ha tenido varios cánceres, desencadenados por sus respectivos DHS, corresponderá a cada uno de ellos una CL, y tras la CL su CE. Esta CE a menudo puede estar “enmascarada” por:

- 1) La simultaneidad de diferentes fases de cánceres distintos: la CE puede estar enmascarada si surge en el momento en que otro cáncer está en fase activa, produciéndose un efecto similar a la administración de simpaticotónicos.
- 2) Disimulación medicamentosa: la acción de algunos medicamentos puede simular una CE o bien que una CE efectiva quede disimulada. La CE es la causa más frecuente de muerte en la fase de curación. Por tanto, su atenuación preventiva es de una importancia capital. Todo esto es particularmente evidente en el caso del infarto del miocardio.

Último estadio y término del cáncer curado

- a) Carcinoma expulsado
- b) Carcinoma “eliminado” por las bacterias

- c) Carcinoma inactivado o “entumecido”
- d) Carcinoma de conflicto reducido “en suspenso” o vigilante
- e) Carcinoma sustituido por tejido de reparación (por ejemplo, callo óseo), bautizado como “sarcoma”.

Hablamos de curación del cáncer cuando el edema cerebral de la fase de curación ha desaparecido completamente. El conflicto en “suspenso” es aquel que no ha presentado fase de curación ni, por tanto, edema del FH. Pero se caracteriza porque su “cáncer” es muy débil. Cuando se resuelve un conflicto que ha estado en “suspenso” durante mucho tiempo, aparece un gran edema en el interior y alrededor del FH.

a) *Carcinoma Expulsado:*

Los carcinomas de epitelio pavimentoso, cuyos centros-relés se sitúan en la región peri-insular, curan por evacuación y renovación de las células cancerosas, sobre todo si la matriz epitelial está todavía intacta, tratándose en consecuencia de una úlcera epitelial. La capa más extensa de este epitelio pavimentoso es eliminada, y se producen desde la capa más interna nuevas células. Así pues, en estos casos el cáncer ulceroso desaparece completamente, ya sea con restitución íntegra (si la matriz no estaba afectada) o con cicatrización.

b) *Carcinoma “eliminado” por bacterias:*

Es la forma más antigua de curación de un cáncer. Todas estas enfermedades cancerosas tienen sus “centros-relés” en el tronco cerebral y se enmarcan en la cavidad abdominal o en órganos anexos al tracto gastrointestinal. En el momento de la CL, el ordenador, nuestro cerebro, da por así decirlo, una orden general que afecta todas las bacterias orgánicas, para que se realice la “limpieza” del tumor. Por ejemplo: la mancha redonda (nódulo solitario) del pulmón es “limpiada” por “barrenderos” específicos, en este caso por bacterias tuberculosas, y tras su paso queda una caverna. Un carcinoma de amígdala es “limpiado” por bacterias específicas, faríngeas, en este caso los estreptococos y los estafilococos. La “limpieza” siempre se produce en la fase de curación, lo que implica que el conflicto está ya resuelto y el cáncer activo terminó. Las bacterias tuberculosas son las encargadas, principalmente de la eliminación de los tumores cancerosos del endodermo.

c) *Carcinoma inactivado o “entumecido”:*

Los carcinomas se inactivan siempre cuando el conflicto se resuelve. Decir que el carcinoma está “entumecido” refuerza la no progresión tumoral, lo cual es común a todos los cánceres tras la CL. En estos casos, el tumor no es expulsado, no es eliminado, sólo queda inactivado y sin progresión.

d) *Carcinoma de conflicto reducido en “Suspenso” o vigilante:*

De forma similar al conflicto en “balance”, el carcinoma en “suspenso” no está inactivo. Es un tema pendiente, durante mas o menos tiempo, que da lugar a una débil división celular. El acontecimiento conflictivo y el fenómeno canceroso pueden exacerbarse en cualquier momento. Igualmente, el carcinoma en “suspenso” puede permanecer así toda la vida. Se manifiesta frecuentemente en los pacientes en forma de paresias espásticas y paralíticas, a consecuencia de un conflicto central que afecta a la circunvolución Pre-Rolándica, es decir a la corteza motora.

e) *Carcinoma sustituido por tejido de reparación (Por ejemplo: callo) y calificado como “sarcoma”.*

Todas las heridas son reparadas por tejido conjuntivo (cicatrices), todas las fracturas son recalificadas y “soldadas” por el callo. El tejido conjuntivo es el único capaz de conservar, durante cierto tiempo, las características y propiedades típicas y específicas, aún separado del cerebro.

El mesodermo se caracteriza por una doble manifestación “tumoral”: en un principio por la reabsorción ósea, la osteólisis; pero una vez resuelto el conflicto de desvalorización de sí, se produce exactamente lo contrario, es decir, una proliferación ósea llamada “sarcoma”: (el queloide cicatrizal que reúne las partes divididas por una herida o rotura; es decir una proliferación lujuriente y superabundante).

f) Carcinoma cicatrizado o calcificado:

En los casos en los que la capacidad regenerativa es provisional o deficiente, el tejido conjuntivo interviene pudiendo encapsular o calcificar el tumor. Este proceso puede ser observado en casos como: las cavernas tuberculosas pulmonares, algunos tipos de cirrosis hepática y en la ruptura de los FH cuando hay formación de quistes.

La recidiva del conflicto

La recidiva auténtica, es decir la reactivación del mismo conflicto, es una de las cosas más terribles. De todas formas, la curación es siempre más difícil y de mayor duración que la primera vez. Por ejemplo, es más difícil superar un segundo infarto.

Durante la fase de curación en un FH se producen los siguientes cambios:

- a) Se forma un edema intra y perifocal. Las sinapsis se someten a una gran elongación y dilatación. Al final de la fase de curación, estas elongaciones y dilataciones se retrotraen, sin que su función se altere.
- b) Evidentemente, el aislamiento de las neuronas durante la fase de conflicto activo (simpaticotonía duradera) está muy afectado. El organismo lo remedia procediendo a un aislamiento suplementario, con acumulación de neuroglías en la trama de la red neuronal. Es preciso que la función del área cerebral esté constantemente asegurada en esta fase.
- c) Tras la CL, el FH corta, por así decirlo, la corriente al cáncer orgánico, dando vía libre a las distintas formas de curación.

Todo este proceso laborioso se derrumba y el perjuicio es mayor que antes, cuando la recidiva de un conflicto sobreviene durante la fase de curación o poco tiempo después de ésta. El momento más peligroso de recidiva de un conflicto no es el principio de la fase de PCL, sino el final de la fase de curación o el comienzo de la fase de normalización. En este momento la recidiva reabre las viejas cicatrices en los tres planos, produciéndose en ellos un efecto “acordeón”. Ocurre a veces que el paciente no obstante llega a alcanzar la segunda fase de la curación, pero entonces el nuevo edema tira con tal fuerza en el interior y alrededor del FH, que el paciente puede morir en breve plazo, generalmente durante la CE o Epileptoide que, en este caso, puede producirse antes de lo habitual. El tema de la recidiva de los conflictos está unido al concepto de rieles, que son aquellas circunstancias acompañantes del conflicto en el momento del DHS.

Es importante entender el concepto de recidiva del conflicto como un verdadero círculo vicioso. Independientemente de los graves conflictos personales y sociales en los que vivimos inmersos, debemos aclarar que muchos de los enfermos de cáncer mueren hoy en día de pánico.

En el momento del diagnóstico del cáncer, sólo un 2% de los pacientes presentan imágenes pulmonares que se atribuyen a metástasis (lesión provocada por el conflicto biológico de pánico a la muerte). A los tres meses del diagnóstico, éste número se eleva al 30%. Se ha producido un nuevo DHS. El diagnóstico y el pronóstico médico y del contexto social son sus desencadenantes. El paciente, se convierte en “candidato a la muerte” por el resto de su vida. El estigma que llevará de aquí en más, lo condenará a continuos tratamientos y estudios (muchas veces crueles) que, conociéndose las cinco leyes, muchas veces no serían necesarios.

El conflicto en balance

Como los demás, el conflicto en balance se inicia por un DHS que comporta un FH, con correlación cancerosa a nivel orgánico. Pero su actividad es muy reducida, y se puede decir que, en sí mismo, es anodino, ya que a nivel orgánico la lesión cancerosa es prácticamente nula. Pero en ocasiones puede convertirse en muy desagradable, si conforma un conflicto central que afecta a la corteza motora (circunvolución Pre-Rolándica). Ello produce a nivel orgánico parálisis “en suspenso”. Se califica normalmente como “Esclerosis en placas”.

La situación puede llegar a ser peligrosa y dramática si, a consecuencia de otro DHS, se añade al conflicto en balance, otro conflicto que tenga su FH en el hemisferio cerebral opuesto. En este caso, en el que persisten simultáneamente ambos conflictos, el paciente está raro, extraño..... “esquizofrénico”. Se han reunido las condiciones necesarias para que se produzca una constelación esquizofrénica, es decir, el paciente posee un conflicto activo en cada uno de los hemisferios. Está, en el sentido literal del término, “disociado”

Creemos que no se valora en su justa medida la importancia que puede llegar a tener estos “anodinos”, conflictos en balance. Las enfermedades “afectivas” mentales, son las mas frecuentes, incluso más que las cardíacas. Los pacientes que revelan cierta capacidad sintomática de esta patología, no son sino personas afectadas por un conflicto en balance al que se añade, de tiempo en tiempo, un nuevo conflicto (situado desgraciadamente en la parte opuesta del hemisferio cerebral), lo que desata el desvarío mental. Si los síntomas de extrañeza llegan a producir un comportamiento dramático, se debe sospechar que el conflicto añadido es un conflicto central suplementario. Los pacientes afectados de dos conflictos de este género, cada uno de los cuales se sitúa en un hemisferio distinto (a excepción de los centros-relés correspondientes a riñones, testículos y ovarios), desemboca en una esquizofrenia.

La enfermedad epiléptica constituye otra categoría dentro de los conflictos en balance. Se trata siempre de conflictos de miedo, pero que no dejan de ser, en la mayoría de las ocasiones, “conflictos en balance”. Estos conflictos van a localizar su FH en el tronco cerebral y en la corteza cerebral. Sus crisis se desatan siempre en la fase de PCL, y normalmente durante la noche a consecuencia de una terrible pesadilla.

CAPITULO IX

LA TERCERA LEY

“Busqué el cáncer en la célula y lo encontré en un error de codificación del cerebro.”

Dr. R. G. Hamer.

Sistema ontogenético de tumores

Es aquí donde Hamer comienza a estudiar la embriología. Creemos que la tercera ley es el aporte más original y revolucionario de Hamer y solo conociéndola en profundidad, podemos entender a las otras leyes.

El sistema ontogenético se enuncia así:

1.- A las tres hojas embrionarias corresponden tipos específicos de tejidos y un comportamiento determinado durante cada fase de la enfermedad. Sin embargo, el mesodermo se subdivide en un mesodermo antiguo (mesodermo cerebeloso) y un mesodermo nuevo (mesodermo cerebral). El mesodermo cerebeloso tiene un comportamiento análogo al del endodermo del tronco cerebral, mientras que el mesodermo cerebral se comporta como el ectodermo cerebral.

2.- Cuando surge un DHS que provoca un FH, las esferas orgánicas correspondientes a este FH tienen una reacción específica en función de la hoja embrionaria de la que deriven:

Endodermo	FH en tronco cerebral	Adenocarcinoma
Mesodermo	FH en cerebelo	Carcinoma compacto
	FH en médula cerebral	Necrosis – Carcinoma
Ectodermo	FH en el cerebro	Úlcera – Carcinoma Epitelial.

3.- La fase de curación consecutiva a la solución del conflicto difiere mucho según las hojas embrionarias:

Endodermo: detención del crecimiento, enquistamiento o reducción bacteriana. (hongos y micobacterias)

Mesodermo: a) Mesodermo cerebeloso: detención del crecimiento, enquistamiento o reducción bacteriana, como para el endodermo (Carcinoma de mama).
b) Mesodermo cerebral: restitución con tumefacción y crecimiento lujuriante en el sentido de un sarcoma, o, tras osteólisis, callo lujuriante como osteosarcoma. Intervienen bacterias. El crecimiento lujuriante es absolutamente inofensivo y se detiene espontáneamente al final de la fase normal de curación.

Ectodermo: tendencia a la expulsión de la necrosis ulcerosa con restitución o restitución cicatrizal. Tumefacción. Intervienen los virus.

Clasificación de los tumores

Los embriólogos dividen generalmente el desarrollo embrionario según la formación de las tres hojas: endodermo, mesodermo, ectodermo. La mayor parte de nuestros órganos derivan de una

sola de estas hojas: así por ejemplo, el tubo digestivo deriva del endodermo. Pero el intestino está irrigado por vasos sanguíneos que a su vez derivan del mesodermo, por lo que posee además, elementos “ectodérmicos”, ya que estas estructuras derivan del ectodermo. Así pues cuando se dice taxativamente que un órgano es de origen endodérmico, no se están tomando en cuenta los elementos mesodérmicos (vasos) y ectodérmicos (nervios), ya que todos los órganos los poseen. A veces ciertos órganos están constituidos, en el plano funcional, de un conjunto de elementos que derivan de hojas embrionarias heterogéneas: región céfalo-pulmonar, región vésico-vagino-anal, incluida la pelvis renal. Algunos de estos órganos tienen sus centros-relés en partes del cerebro, frecuentemente, alejadas unas de otras. Por ejemplo: el útero se compone, de hecho, de dos órganos, por un lado el orificio y el cuello uterino y, por el otro, el cuerpo del útero y las trompas de Falopio. Estos dos órganos diferentes están aparentemente soldados en un único órgano, el útero, pero sus mucosas derivan de hojas embrionarias distintas y sus centros relés se sitúan en partes del cerebro totalmente diferentes.

El orificio y el cuello del útero en la zona peri-insular izquierda.
La mucosa del cuerpo del útero en el puente del tronco cerebral.

Por otro lado las formaciones histológicas son, a su vez, muy distintas:

Orificio y cuello de útero = epitelio pavimentoso
Cuerpo del útero = epitelio adenoide

Así, inversamente, algunos órganos, que en el cuerpo se encuentran muy alejados unos de otros, tienen relés cerebrales muy próximos: el epitelio pavimentoso del recto, de la vagina y de la laringe son vecinos en la zona peri-insular izquierda; el epitelio pavimentoso intrabronquial, el epitelio de la íntima coronaria y el epitelio vesical, lo son en la zona peri-insular derecha. Así, por ejemplo, todas las regiones cuya lámina tisular de revestimiento es una mucosa de epitelio pavimentoso están unidas, y derivan del ectodermo. Sus centros relés son igualmente vecinos en el cerebro. Encontramos vecindad de los relés cerebrales de órganos tan diferentes como la mucosa rectal y las mucosas del orificio y del cuello uterino. Todos tienen sus centros relés en la zona peri-insular derecha e izquierda, todos tienen conflictos que se corresponden con conflictos sexuales, de territorio o de marcaje (demarcación) de territorio.

El mesodermo cerebeloso y el ectodermo cerebral

La piel es de origen ectodérmico, pero sólo la epidermis, la epidermis sin la dermis, porque ésta es de origen mesodérmico. La dermis de origen mesodérmico contiene glándulas (sudoríparas, sebáceas) y melanocitos. La epidermis de epitelio pavimentoso, de origen ectodérmico, contiene terminaciones nerviosas superficiales, sede de la sensibilidad táctil. Las células de la dermis son inervadas por el cerebelo, mientras que las de la epidermis lo son por el cerebro.

El Mesodermo cerebeloso

En el momento evolutivo del pasaje del agua a la tierra, se precisó de una piel que proporcionara no sólo sensibilidad, sino protección frente al sol y la desecación. Ésta es la piel cerebelosa. El organismo era reptante y su piel tenía sensibilidad protopática inespecífica para captar la temperatura y la presión. Esta piel desarrolló, luego, melanóforos y melanina para protegerse de los rayos ultravioletas y empezó a producir sudor. Al evaporarse éste, se generó frío en la piel y a la vez se evitó la desecación. Se formó así la piel cerebelosa (dermis) con un relé en cerebelo posteromedial. Luego, cuando aparecieron los mamíferos se invaginaron las glándulas sudoríparas y se crearon las mamas. Su relé en el cerebelo es también posterolateral. Es importante conocer este recorrido evolutivo, porque en el caso de la aparición de un cáncer, lo que se produce es una regresión a estas células primitivas, capaces, por ejemplo, de producir un tejido primitivamente mamario.

La codificación genética no está errada, sino programada para desarrollar un tejido específico pero desde su recorrido evolutivo. Este tema, que se desarrollará luego, es el engranaje que da sentido a la propuesta de la Nueva Medicina.

Volviendo al mesodermo cerebeloso, agreguemos que la “piel interna” que recubre al cuerpo, es decir, el peritoneo, la pleura y el pericardio, es también piel cerebelosa, de allí el término “mesoteliomas” para designar sus cánceres. Pero esta piel de origen mesodérmico se recubre en todos sus puntos por una piel extremadamente sensible, de una o dos capas de epitelio pavimentoso, que deriva del ectodermo cerebral y más concretamente de la región corticoparietal. Esta epidermis peritoneal, pleural o pericárdica (hoja parietal) se manifiesta en la fase activa del conflicto con cáncer ulceroso. Por el contrario, el cáncer es más manifiesto en la piel cerebelosa, que a su vez es la responsable del edema (ascitis, derrame pleural y pericárdico).

El ectodermo cerebral

La epidermis es evidentemente de origen ectodérmico. Trae consigo la sensibilidad fina, superficial y epicrítica del cerebro (cortex somato-sensitivo, la circunvolución post central o parietal ascendente).

La formación del epitelio pavimentoso es el índice morfológico típico de la piel cerebral o del epitelio cerebral. A veces este epitelio cerebral no detiene su migración en los límites de la piel cerebelosa, sino que recubre por ejemplo:

el adeno-epitelio endodérmico en la vejiga.

mesodérmico en la pelvis renal.

epitelio endodérmico en la boca, esófago superior, curvatura menor del estómago y vías biliares.

Así encontramos ya epitelio pavimentoso típico del cerebro en la piel externa de la mucosa de boca y rinofaringe, epitelio pavimentoso de la faringe, bronquios, esófago, píloro, bulbo duodenal y con ramificaciones que llegan hasta los islotes pancreáticos y el epitelio de las vías biliares. Pero al mismo tiempo hallamos este epitelio pavimentoso en vejiga, pelvis renal, vagina, orificio y cuello de útero y recto.

Todas estas regiones tapizadas con este tipo de epitelio pavimentoso son muy sensibles y están relacionadas con el cortex somato-sensitivo cerebral, teniendo típicos FH en el cerebro. En esta categoría también figuran las hojas parietales del pericardio y pleura, así como el periostio, provistos todos ellos de nervios sensibles que pueden provocar dolor.

Ocurre a menudo, por ejemplo en el recto, que un tumor de una capa inferior endodérmica atraviese la mucosa ectodérmica, hasta el epitelio pavimentoso. Hablamos entonces de “pólipo” (adenocarcinoma).

La úlcera gastroduodenal

La mucosa rectal (hasta 12 cm. del ano), la mucosa vaginal con el orificio y el cuello uterino, la mucosa vaginal, la pelvis renal con los túbulos renales, los 2/3 superiores del epitelio esofágico con la curvatura menor del estómago, los islotes pancreáticos y las vías biliares hepáticas son de origen *ectodérmico*. Todas esas mucosas están constituidas de epitelio pavimentoso plano, todas son “invaginadas” desde el exterior, y son mucosas “inmigradas” (migración cerebral ectodérmica).

El epitelio pavimentoso que tapiza el esófago, a partir de la mucosa bucal (ectodermo), impulsa sus ramificaciones (sobre todo sus fibras nerviosas) hasta el interior del duodeno, del páncreas (islotes) y del hígado. El intestino delgado es una pieza agregada en el curso de la evolución, entre el duodeno y el ciego, y ni en el centro ni el tronco cerebral existen centros-relés manifiestos que correspondan a su dimensión.

La curvatura menor del estómago, la región pilórica, el bulbo duodenal, los acinos y conductos pancreáticos, los conductos colédocos, císticos y hepáticos reciben su inervación del cortex somato-sensitivo derecho, es decir de la porción lateral inferior de la circunvolución postcentral (post-rolándica) derecha.

La naturaleza de la úlcera es esencialmente una pérdida de sustancia. Encontramos un proceso análogo en todos los carcinomas de tejido epitelial pavimentoso (boca, intrabronquial, coronaria, vagina, y orificio uterino, pelvis renal y recto).

Por su naturaleza la úlcera gástrica y duodenal figuran entre las úlceras del epitelio pavimentoso. Son de origen ectodérmico, tiene sus centros-relés en la porción lateral de la circunvolución postcentral derecha y son un atributo del comportamiento típicamente masculino.

Existe acabalgamiento de dos formaciones epiteliales:

Epitelio intestinal de origen endodérmico, que forma parte del tracto digestivo.

Epitelio pavimentoso de origen ectodérmico en las siguientes estructuras:

Porción superior del esófago

A lo largo de la curvatura menor del estómago

Antro pilórico

Bulbo duodenal

Porción inicial del duodeno

Canal pancreático

Colédoco

Conductos hepáticos.

Esto explica el dolor provocado por las úlceras en ellos, ya que la inervación procede directamente del diencéfalo.

Se dice que las sales ácidas gástricas son las responsables de la úlcera de estómago, pero la curvatura mayor del estómago, donde hay mayor acumulación de sales ácidas, no presenta nunca úlcera.

La úlcera gástrica y duodenal tienen aún otra particularidad, debido a que su centro-relé se localiza en el cortex. Tras la irrupción del edema conflictolítico produce una “epilepsia gástrica”, manifestándose en forma de cólico gástrico.

Los infartos izquierdos cursan frecuentemente con síntomas gástricos, pues los conflictos territoriales son parecidos y la localización del relé cerebral es muy próxima. También son frecuentes los síntomas gastrocardíacos.

Esquema de relación cerebro-hoja embrionaria-manifestación orgánica

Aquí se integran las respuestas de los tejidos y las hojas embrionarias con las distintas áreas del Sistema Nervioso Central.

El endodermo está relacionado con el tronco cerebral.

El mesodermo tiene dos tipos de relaciones

- a) Antiguo o cerebeloso (Cerebelo)=comportamiento similar al endodermo del tronco cerebral.
- b) Nuevo o cerebral (Médula Cerebral)=comportamiento similar al ectodermo cerebral.

El ectodermo se relaciona con el cerebro.

El cerebro antiguo está formado por el tronco cerebral y el cerebelo

El cerebro moderno está formado por el diencéfalo y el telencéfalo

Afectación Cerebral

Aquí vemos en que región del cerebro están representadas las hojas embrionarias.

Endodermo: FH en tronco cerebral

Mesodermo: FH en cerebelo
FH en médula cerebral

Ectodermo: FH en cerebro

Forma de Manifestación Orgánica (CA)

Aquí se observan los tipos de respuesta celular según la hoja embrionaria en la fase activa del conflicto o simpaticotónica. (CA)

Endodermo: Proliferación mitótica

Mesodermo: a) Cerebeloso: Proliferación mitótica
b) Cerebral: Necrosis

Ectodermo: a) Carcinoma ulcerativo (mitótico)
b) Alteración funcional celular (sin mitosis).

Forma de curación Orgánica (CL)

Aquí observamos la respuesta celular en la fase de resolución del conflicto (CL)

Endodermo: Detención del crecimiento (enquistamiento, reducción bacteriana).

Mesodermo: a) Cerebeloso Detención del crecimiento (enquistamiento reducción bacteriana).

b) Cerebral -Restitución con tumefacción y crecimiento (sarcoma) que se detiene al final de la fase de curación.

Ectodermo: Expulsión (eliminación) de la necrosis ulcerosa con restitución (cicatrización)

Órganos derivados dependientes de las hojas embrionarias

Endodermo

*Oído medio y trompas de Eustaquio

*Glándulas parótidas y sublinguales

*Amígdalas

*Glándulas tiroides y paratiroides

*Alvéolos pulmonares

*Esófago (1/3 Inferior izquierdo)

*Estómago (curvatura mayor)

*Duodeno (excepto bulbo)

*Intestino delgado

*Intestino grueso (excepto recto-ano)

*Páncreas (excepto porción endócrina)

- *Hígado (excepto vías biliares)
- *Próstata (mucosa)
- *Útero (mucosa del cuerpo)
- *Trompas de Falopio

Mesodermo cerebeloso:

- *Dermis
- *Mamas
- *Peritoneo
- *Pleura
- *Pericardio

Mesodermo Cerebral:

- Huesos
- Cartílagos
- Músculos
- Tendones
- Suprarrenales
- Riñón (excepto pelvis y túbulos)
- Células Sanguíneas (células madres / células activas)
- Vasos sanguíneos
- Vasos y ganglios linfáticos
- Bazo
- Testículos
- Ovarios
- Útero (músculo)

Ectodermo:

- Sistema Nervioso Central (SNC)
- Sistema Nervioso Periférico (SNP)
- Senos paranasales
- Laringe (nódulo frío tiroideo)
- Epidermis
- Fosas nasales
- Neuronas, glías, células de Schwann
- Epitelio sensorial (oído, nariz, neurohipófisis)
- Bronquios
- Pleura (hoja parietal)
- Coronarias
- Pericardio (hoja parietal)
- Boca (mucosa)
- Esmalte dentario
- Esófago (dos tercios Superior + caras ventral y derecha del tercio inferior)
- Estómago (curvatura menor)
- Duodeno (Bulbo)
- Recto
- Páncreas (endocrino)
- Vesícula biliar y vías biliares)
- Peritoneo (hoja parietal)
- Túbulos, cálices y pelvis renal
- Cuello del útero
- Uréteres
- Vejiga
- Vagina

Enfermedades equivalentes.

Se llaman así a todas las enfermedades ectodérmicas que en lugar de producir alteraciones celulares, producen pérdidas funcionales. Nombramos alguna de ellas: diabetes, pérdida visual y auditiva, insuficiencia de glucagón.

CAPÍTULO X

LA CUARTA LEY

*“Nuestra naturaleza es el médico
de nuestras enfermedades”
Hipócrates.*

El sistema ontogénico de los microbios

Toda enfermedad, que ha superado la fase de simpaticotonía y de conflicto activo, genera durante la fase de conflictolisis o fase vagotónica, una reproducción de microbios cuya intención es ayudar a resolver la lesión orgánica. Cada microbio se ocupa de los órganos de una de las tres hojas embrionarias y que es aquella con la que nació y evolucionó en el transcurso de los tiempos. Así tenemos microbios muy primitivos y antiguos y otros más modernos.

<u>Tipo de microbios</u>	<u>Órganos afectados</u>	<u>Localización</u>
Hongos y micobacterias.....	Órganos endodérmicos.....	Tronco cerebral
Micobacterias y bacterias.....	Órganos mesodérmicos.....	Cerebelo
Bacterias.....	Órganos mesodérmicos.....	Sustancia Blanca
Virus.....	Órganos ectodérmicos.....	Corteza cerebral

Los microbios solo intervienen en la fase de curación. Ni antes ni después. Sin excepción.

Podemos decir, que los hongos y micobacterias, actúan como barrenderos. Producen necrosis caseificante de los adenocarcinomas regidos por el tronco cerebral y de los adenomas carcinoides regidos por el cerebelo.

Las bacterias intervienen como : a) barrenderos, en órganos mesodérmicos regidos por el cerebelo

b) reconstructores, en órganos mesodérmicos regidos por la subcorteza, rellenando las necrosis.

Los virus son reconstructores, producen edemas y rellenan las úlceras de los órganos ectodérmicos controlados por el cortex. Producen, durante la curación de éstas úlceras, oclusión de los órganos tubulares como los bronquios y arterias coronarias.

El control de los microbios se lleva a cabo por el cerebro. A través de los millones de años de evolución, su programación se hizo conjuntamente con la diferenciación de los órganos y es por eso que comparten (microbios y órganos) un mismo FH en una zona específica del cerebro. Si no hay microbios especializados disponibles para favorecer la fase de curación en el organismo, ésta es parcial. Un nódulo de pulmón, que ha superado la fase de CA, no podrá convertirse en una caverna tuberculosa funcional y solo podrá encapsularse. Una hepatitis no viral implica una mayor duración ,ya que no hay virus disponibles para favorecer la curación del conflicto territorial.

Es importante entender que no hay infección sin conflicto previo. La entrada de microbios exóticos al organismo genera en éste un conflicto de rechazo por no tener programado en el cerebro tal microorganismo. La transmisión del microbio es indudable. Lo que siempre ha sido dudoso es que ese microbio pueda generar enfermedad.

Siempre se ha hablado del terreno y de la predisposición. También de una disminución de las defensas. A partir de la cuarta ley, podemos decir que la infección siempre es producida por una orden cerebral que forma parte de aquel programa especial de la naturaleza que llamamos enfermedad.

Así como en la fase de conflicto activo (en los órganos endo y mesodérmicos) la formación de tumores es la complicación de éste programa, en la fase de vagotonía, la infección es una de las terribles consecuencias de dicho programa.

Es por eso que no hablamos de ignorar a los microbios, sino de entender su función para que en algún momento puedan volver a convertirse en aliados nuestros, como originariamente fueron creados. El hecho de haberse convertido en “terribles enemigos”, nos habla de que el error no lo ha cometido la naturaleza, sino nosotros, generando conflictos que se han apartado de las leyes naturales y a los que nos referiremos en la quinta ley.

En el transcurso de la evolución, los gérmenes y los mamíferos han conseguido una convivencia que ha llevado a la colaboración de muchos de esos microbios en la producción de elementos necesarios para nuestra vida. Sin embargo, la propuesta actual de la medicina es verlos como invisibles enemigos que acechan ante cualquier caída del sistema inmunológico para aprovecharse de nuestra indefensión e invadirnos sin más sentido que aprovecharse de nuestro cuerpo.

A través de la experiencia, se puede observar que no todos los que están expuestos a esos microbios o a los vectores que los transmiten, terminan infectados.

Entre 1870 y los comienzos del siglo XX, se descubren los microbios de la mayoría de las enfermedades infecciosas. Con Hansen, y su descubrimiento del bacilo de la lepra en 1871, se desata una verdadera caza de gérmenes. Podemos hablar, a partir de aquí, del nacimiento del paradigma bacteriológico, también llamada mentalidad etiopatogénica, que podemos resumir en tres afirmaciones:

- 1) La enfermedad es siempre infección; las agresiones físicas o químicas se transforman en enfermedad cuando se le sobreañade una infección.
- 2) La enfermedad es la expresión de un combate entre el organismo y el microbio.
- 3) El cuadro clínico de la enfermedad depende de las características biológicas del germen infectante.

A partir de éste paradigma, quedó marginada cualquier influencia del medio social o ambiental y el verdadero escenario de la medicina pasó a ser el laboratorio. Frente a la medicina tradicional que buscaba miasmas y ofrecía cuarentenas y fumigaciones, la medicina bacteriológica encuentra microbios y ofrece vacunas.

No fue muy bien recibida al comienzo. En 1882, un prestigioso higienista español hablaba así de los hallazgos bacteriológicos: “Si estos prodigios de la ciencia moderna, ofrecieran el carácter de positivos que algunos le otorgan, hallaría la higiene en su aplicación, la profilaxis de muchas terribles enfermedades y la humanidad estaría por tanto dichosa. Más sin incurrir en un prematuro y poco reflexivo entusiasmo y mientras se averigua el legítimo papel de esos organismos patógenos, debemos limitarnos a exponer las ventajas ya obtenidas y sospechadas. *El tiempo aclarará si esos organismos son causa o efecto de las enfermedades en que se observan y si su aparición se reduce a pura coincidencia con un estado ya morbosos del organismo, que favorece su desenvolvimiento*”.

Kuhn ha insistido en la dificultad de comunicación entre los diferentes paradigmas. Como si hablaran lenguas diferentes.

Un ejemplo histórico, que nos ayuda a entender este desencuentro, es el que ocurrió en 1884 durante una conferencia dada por Robert Koch, quien explicaba los resultados de su investigación sobre el cólera. Durante la misma, se generó una polémica con el director del Instituto de Higiene de Munich, el Dr. Pettenkofer, quien era autor de una teoría sobre el origen telúrico del cólera y rechazaba la existencia del bacilo generador de la enfermedad. En medio de la polémica, Pettenkofer observó que Koch tenía preparado sobre la mesa un recipiente repleto de vibriones coléricos. Dando un salto y ante la mirada atónita de sus colegas, se bebió el contenido completo del recipiente para demostrar que tales microbios eran inofensivos. A Pettenkofer no le pasó nada y murió muchos años después insistiendo en el origen telúrico de la enfermedad del cólera.

Esta anécdota (que nada demuestra) apunta a entender que el paradigma higienista que regía la ciencia médica no podía conversar con el nuevo paradigma bacteriológico, como actualmente el paradigma etiopatogénico no puede conversar con un nuevo paradigma que deja de ver la causa en el microbio para considerar otras causas que, paradójicamente, retoman muchas de las propuestas higienistas.

En 1778, Meneuref dice: “es bien cierto que existe una cadena que vincula en el universo, en la tierra y en el hombre, a todos los seres, a todos los cuerpos, a todas las afecciones. Cadena cuya sutileza, al eludir las miradas superficiales del minucioso experimentador y del frío disertador, descubre el genio verdaderamente observador”. Descubrir los eslabones de esta cadena será el empeño de los olvidados médicos de la segunda mitad del siglo dieciocho. Ellos proponen un plan de trabajo: “El estudio de las topografías (lugares, agua, aire), la sociedad, los temperamentos de los habitantes, las observaciones meteorológicas, el análisis de las epidemias, la descripción de los casos extraordinarios”.

En 1790, el médico vienés J. Frank publica “La miseria del pueblo, madre de las enfermedades”. A partir de allí se elabora una teoría social de la enfermedad. La pobreza, el exceso de trabajo, la mala alimentación, el hacinamiento en barrios insalubres, empiezan a explicar el impacto de determinadas enfermedades.

Leemos, en 1804, “La suma miseria de sus habitantes es una causa poderosa de que la epidemia de fiebre amarilla proceda con mayor malignidad. La pérdida de la cosecha ha arruinado la fortuna de los colonos y el retraso de las lluvias tiene sin ejercicio a los jornaleros, que incapaces de procurarse algún pedazo de pan, llevan muchos días sin alimentarse correctamente, lo que ha deteriorado su constitución y la ha hecho más susceptible a los miasmas deletéreos”.

Kuhn señala: “Una de las razones por las cuales la ciencia normal parece progresar tan rápidamente es que aquellos que la practican se concentran en problemas que solo su falta de ingenio podría impedirles resolver.” Es como si todo aquello que no pertenece al campo de problemas en los que se concentra, no tuviera existencia. Y si la tiene, es aleatoria, no significativa. Pero lo que existe, insiste. Y los conflictos de supervivencia, la ausencia de trabajo, la falta de pertenencia, la desvalorización, etc., crean verdaderos conflictos colectivos que deben ser tenidos en cuenta para la explicación de las epidemias y de las llamadas enfermedades infecciosas. Es el mismo Kuhn quien dice que el fracaso de las explicaciones tradicionales y la proliferación de versiones teóricas, así como una notable inseguridad profesional, suelen ser los síntomas más claros de las crisis científicas.

Desde nuestro lugar y ante la evidente crisis que refleja el paradigma médico actual, decimos que los microbios, las epidemias y las infecciones existen debido a una alteración celular previa (tumores, necrosis, úlceras) generadas por un DHS. Sin la existencia del conflicto biológico, es imposible que se den las condiciones necesarias para que los microbios busquen su alimentación en ese tejido que les permite proliferar.

El sistema inmune no es un sistema autónomo, sino que está conectado con el sistema nervioso y con todo el cuerpo a través de sus receptores y sus neurotransmisores.

En la fase de CA, el conjunto del cuerpo está en simpaticotonía y la acción de los neurotransmisores y hormonas corticotróficas impiden la acción de los gérmenes. Al entrar en vagotonía, es cuando aparecen las infecciones. El vulgar resfrío no es otra cosa que la entrada en vagotonía de un conflicto, el de “estar hasta las narices”.

Es necesario entender que la memoria es un atributo que se ha conseguido a través de millones de años de evolución y es la que nos hace reaccionar ante estímulos externos para preservar la individualidad genética. Si nos inoculamos grandes dosis de gérmenes, se provocará una respuesta defensiva que estimulará la producción de sustancias anti-inflamatorias. El criterio de aceptar o rechazar a estos microbios es un atributo de la memoria del organismo. Esto se debe a que nuestro cuerpo ha adquirido un equilibrio ecológico con los microorganismos que viven en nuestro planeta y nuestra región. Una exagerada inoculación de gérmenes, que habitualmente son simbióticos, producen reacciones inflamatorias que pueden ser graves (tétanos, botulismo, etc.).

En las epidemias, observamos esta exagerada presencia de microbios. Sería bueno adelantar que, en ellas, los conflictos colectivos alcanzan un umbral poblacional importante que puede activar microorganismos. Estos últimos actuarán sobre aquellas personas que tengan las alteraciones celulares que les permitan reproducirse y llevar a cabo su función: drenar los nódulos, cerrar las úlceras y rellenar las necrosis. Cuando el conflicto es muy intenso o de larga duración, la fase de simpaticotonía deteriora los mecanismos reguladores del sistema nervioso y los gérmenes se reproducen sin límite. La existencia de otros conflictos, que es muy común que aparezcan en la fase vagotónica, (miedo a la muerte, desvalorización, desarraigo) también deterioran los mecanismos que le permitirían volver a la normotonía, y de esa forma los gérmenes proliferan más allá de su función específica. Es decir, la verdadera causa de la infección reside en el agotamiento

de los mecanismos reguladores del Sistema Nervioso Central, producido por la persistencia de los conflictos o la reincidencia de ellos.

Es muy común encontrar un importante aumento de casos de tuberculosis en épocas de post-guerra. Esto es por la miseria y la desnutrición que dejan esas guerras pero también es por el miedo a no tener qué comer y el miedo a morir. Estos son conflictos biológicos que deben tenerse en cuenta en el enfoque de dichas enfermedades. No dar antibióticos ni tuberculostáticos en estos casos sería un grave error. Pero no tener en cuenta la naturaleza de los conflictos sería no comprender la enfermedad y sería quedarse en el estrecho paradigma etiopatológico que no admite ninguna conversación con una medicina integrada a la vida.

El Sida.

En esta concepción de los microbios, diremos unas pocas palabras sobre esta enfermedad que, desde los primeros casos registrados al comienzo de la década del 80, arrastra millones de muertes.

Hoy y desde las mismas voces oficiales, se cuestionan cuatro cosas:

- 1) La posibilidad de que el llamado HIV pueda causar una enfermedad tan devastadora.
- 2) La validez de los test de diagnóstico.
- 3) La eficacia de los tratamientos instituidos.
- 4) La existencia del virus.

Las pruebas de tales cuestionamientos son tan contundentes que se ha formado un Comité para la Re-evaluación de la hipótesis HIV-Sida. La forman 800 profesionales de todo el mundo, entre los que se cuentan varios premios Nobel e integrantes de las Academias de Ciencias.

Sabemos que aproximadamente el 10% del material genético humano nace de virus endógenos que se encuentran en el genoma humano. Esto ha sido producto de una respuesta adaptativa, normativizada a lo largo de la evolución de la especie. Es muy probable que la llamada carga viral (marcador que se utiliza para indicar como progresa la enfermedad) no sea más que el propio material genético de las células humanas, sometidas a un estrés oxidativo.

De nuestro análisis surge que en todos los pacientes con sida se encuentran profundos conflictos en su vida personal.

En un momento dado, se hablaba de una teoría que ya casi ha pasado al olvido y que se usaba con el objeto de indicar poblaciones de riesgo. Se la llamaba Teoría de las Cinco H. Ella incluía a los heroinómanos, los hijos de heroinómanos, los hemofílicos, los homosexuales y los haitianos. El heroinómano (adicto a la heroína) pierde los límites de su cuerpo: se difumina, realizando transitoriamente la fantasía de tener dos cuerpos en uno. Los hijos de heroinómanos (no todos) son víctimas de otras víctimas que reciben en el período embrionario los mensajes de sus padres. Los hemofílicos tienen una deficiencia en su sangre que les impide una coagulación normal. Los homosexuales eligen como objeto sexual a alguien de su propio sexo. Los haitianos han vivido y viven en el más absoluto desconocimiento de sus derechos humanos.

Así, tenemos en el heroinómano la pérdida de la identificación con su cuerpo. En el hijo, la inscripción de esta falta de identificación. En el hemofílico, la pérdida de su identificación con su sangre. En el homosexual, la pérdida de identificación con su sexo. En el haitiano, la pérdida de identificación como persona. Vemos en todos estos casos, conflictos de identificación, de pertenencia, de territorialidad.

En las TAC cerebrales de los pacientes con sida, lo que mas encontramos son combinaciones de conflictos activos o en balance. Creemos que el sida es la suma de varias enfermedades (todas ellas ya conocidas desde hace muchos años). Esta asociación surge por un conflicto colectivo de especie que se manifiesta en aquellas personas que sufren recidivas de ese conflicto en forma crónica.

Es fundamental en estos pacientes, tratar las enfermedades que conforman el síndrome sin preocuparse por la carga viral. Es necesario, además, trabajar la crónica de los conflictos.

CAPITULO XI

LA QUINTA LEY

“Existen dos tipos de artistas, los que crean nuevas realidades, y los que están dispuestos a creer en esas nuevas realidades”

J. Jalilei

Ley de la comprensión de que las así llamadas enfermedades corresponden a un sentido biológico especialmente programado por la naturaleza

La enfermedad es un programa que se crea en el transcurso de la evolución, con un claro sentido biológico, cuya expresión máxima es la supervivencia de la especie. A partir de este fundamento, toda enfermedad surge en el plano biológico como la respuesta a una necesidad. Cuando recordábamos que hace 200 millones de años, el ser vivo necesitó pasar del agua a la tierra, decíamos que en ese momento debió enfrentarse a obstáculos que amenazaron gravemente su vida. Uno de ellos fue la necesidad de sacar el oxígeno del aire y ya no del agua. Las branquias debieron anularse y se creó un tipo especial de células que podía ejercer esa función. Así nacieron los alvéolos pulmonares, con miles de intentos fallidos previos para lograr una célula tan diferenciada y tan especializada.

Ese programa de codificación genética es el que se activa actualmente en cada persona que sufre un adenocarcinoma de pulmón. Como hace 200 millones de años, las células especializadas en captar oxígeno proliferan desde la célula madre con el objetivo de crear otras que cumplan esa función.

Vicente Herrera dice:

“La enfermedad constituye el conjunto de cambios celulares, funcionales y pautas de comportamiento asociadas, que tratan de cubrir necesidades biológicas, pero en situaciones en que la respuesta no está sintonizada en el plazo establecido por el propio fenómeno evolutivo. Por este motivo, las formas anatómicas, funcionales y de comportamiento observadas, tienen la misma naturaleza pero una intensidad distinta a los cambios post-adaptativos que acaecieron al enfrentarse los seres vivos con el medio a lo largo de la evolución”.

Y más adelante agrega, “... en este contexto, las células regresan a un estado órgano formador u ontogénico”.

¿Cuándo aparece un adenocarcinoma de pulmón?

La respuesta de Hamer es “cuando hay un conflicto biológico de pánico de morir”. Hay un hecho sorpresivo, vivido en soledad y que produce un impacto capaz de generar un DHS. En el tronco cerebral se instala una señal (visible en la TAC) y en el órgano una codificación celular que responde al conflicto biológico: respirar más, captar más oxígeno, vivir, seguir en contacto con el elemento que nos da vida. Recordemos que las células alveolares, derivan embriológicamente del intestino y es por eso que el aire, evolutivamente es una presa a obtener para nutrirse.

Lo que sucede es que el programa que el DHS activó, sirvió, para un momento evolutivo que duró cientos, miles o millones de años. Ese mismo programa, cuando se activa en un ser humano cuyo promedio de vida es de 70 años, lo único que puede llegar a producir es células primitivas, indiferenciadas y que fracasarán en su intento de formar células u órganos maduros. Es como un libro que aunque haya sido escrito hace mucho tiempo, al comenzar a leerlo es un nuevo libro.

No se nos escapa que en el momento de formarse las tres láminas embrionarias, comienza un proceso que es la repetición de la evolución de las especies. Son demostrativas las similitudes de las imágenes del embrión humano con los distintos representantes de la escala evolutiva de los vertebrados. Pero en el origen de la vida, las células sexuales contienen la información genética que hará que las células de las láminas embrionarias se diferencien y especialicen en órganos y funciones.

En la enfermedad, no se trata de información genética albergada por las células sexuales, sino de pautas de comportamiento que sirvieron en algún momento evolutivo para superar un obstáculo a la supervivencia. Una gripe responde a las mismas leyes que un cáncer de riñón o una artritis reumatoidea. Superar un obstáculo. Defenderse. Utilizar los cuatro mecanismos que todo ser vivo tiene para abordar un peligro: retirada (úlceras), ataque (proliferación celular), inmovilidad (encapsulamiento) y sumisión (disfunción).

Las causas finales.

La medicina siempre ha intentado estudiar los mecanismos materiales por los cuales se desarrolla una enfermedad: alteraciones moleculares, microbios, trastornos químicos, etc. Todas aquellas actividades materiales que liberan energía. A esto Aristóteles lo llamaba “causas eficientes”. Se necesita poner un ladrillo arriba del otro para construir una casa. Ha estudiado los ladrillos, las moléculas de cemento, la altura, el ancho, la resistencia, etc. Pero Aristóteles también hablaba de “las causas finales”: el propósito, la intención, la idea de construir la pared, el sentido de la pared. El discurso médico no acepta esta causa final. El sentido del acto médico es restaurar la normalidad. Llegar a lo que debe ser. Es por eso que a la medicina la incluimos en un orden jurídico (lo que debe ser) y no en un orden natural (lo que es).

Lo penoso es que al actuar sobre la causa eficiente, sólo actúa sobre lo que ya se produjo y se pierde de actuar sobre la intención (¿para que la pared?) y evitar que esa intención produzca efectos devastadores (una pared que hay que tirar porque es demasiado alta o no está derecha). Si un hueso crece en forma de tumor (el llamado sarcoma) es porque ese lugar en especial necesita resistir un embate por el que se siente amenazado. Debe endurecerse; convertirse en hierro y así soportar mejor el ataque.

Un sarcoma en la cara será consecuencia de una humillación recibida; un sarcoma en la pierna izquierda tendrá relación con una desvalorización sufrida por algún ser ligado a su familia. En la pierna derecha, será una desvalorización laboral. Si logramos que esa amenaza desaparezca, el hueso no necesitará seguir creciendo.

La medicina trata de destruir ese tumor con todos los medios disponibles: quimioterapia, radioterapia, cirugía. Lo negativo es que si no se resuelve el sentido biológico de la formación tumoral, ella volverá. Imaginemos que un albañil recibe la orden del arquitecto de levantar un ladrillo sobre el otro. El arquitecto solo le indica como hacerlo. Este albañil levanta ladrillos todos los días. El arquitecto es despedido y el albañil sigue levantando ladrillos. Cuando llega el nuevo arquitecto y ve semejante muro, manda destruirlo y le indica al albañil volver a levantar un ladrillo sobre el otro. Nuevamente el arquitecto es despedido y el muro derribado por el arquitecto sustituto. Este proceso podría ocurrir indefinidamente. Cuando se trata del cuerpo humano (y del ser que habita en el), cada destrucción del muro y cada nueva pared produce un desgaste que muchas veces llega a la muerte. Si el albañil recibiera la orden de las dimensiones de la pared, no seguiría poniendo ladrillos indefinidamente.

No vamos a postular ingenuamente que si logramos conocer el sentido de la enfermedad ésta se detiene. Porque nosotros no solo somos los ladrillos (el cuerpo), sino también el albañil (el cerebro) y el arquitecto (la mente), una unidad integrada que no puede aislarse. Puede ser que los ladrillos ya no sirvan, que el albañil no acate la orden del arquitecto o que éste compulsivamente indique siempre la misma orden. En los abordajes terapéuticos, nos explayaremos sobre estas posibilidades, pero lo cierto es que la destrucción del muro no es una solución inteligente.

Un sarcoma puede ser irradiado o extirpado quirúrgicamente cuando ya no haya motivo para que siga creciendo o cuando el tamaño o la ubicación estén creando problemas mecánicos o estéticos al paciente. Hacerlo antes compromete más al paciente, la mayor parte de las veces, que si no se hiciera nada, ya que la destrucción del tumor será interpretada por el cerebro como un nuevo ataque a la zona afectada y responderá por lo tanto con su forma de defenderse: crecer y hacerse más duro.

Los requerimientos biológicos

Podemos decir que el sentido de la enfermedad guarda una estrecha relación con los requerimientos experimentados por un ser vivo a lo largo no solo de su evolución como especie, sino también a lo largo de su propia vida. La interacción entre los seres vivos y su entorno es lo que genera este requerimiento. Hablábamos de la capacidad de supervivencia que era determinada por la de conseguir alimentos y reproducirse adecuadamente. Podemos entonces hablar de necesidades biológicas (nutrición y perpetuación de la especie).

Es de la capa embrionaria más antigua de donde van a nacer los tejidos y órganos que se ocupan de la nutrición y de la reproducción. Sabemos que es del endodermo de donde nace el intestino primitivo y los órganos reproductores. En la TAC cerebral, las lesiones de estos órganos se ubican en la parte más antigua del cerebro, el tronco, en donde observamos los FH en forma de semicírculo de derecha a izquierda desde la boca hasta el ano.

El sentido biológico se va a expresar en la fase de conflicto activo, en la fase de simpaticotonía. Las células de éstos órganos primitivos (los digestivos y los reproductores) van a crecer con un objetivo predeterminado por la evolución: crear células específicas para enfrentar ésta necesidad biológica, nutrirse y reproducirse. Para alimentarse, primero hay que conseguir el alimento; olerlo, verlo, escuchar a la presa. En la tabla veremos como las enfermedades de la porción superior del aparato digestivo guardan relación con esta necesidad.

Una paciente de 60 años (O), que había sufrido un disgusto con su hermana, se entera de que a ésta, al poco tiempo del conflicto, le diagnosticaron un cáncer de páncreas. Es sometida a una cirugía y se recupera. A los dos meses el marido le informa que va a comenzar un tratamiento de quimio y radioterapia. Al enterarse, la paciente dice: “no quiero escuchar más malas noticias”. O, a las 4 semanas, comienza a tener hipoacusia y vértigos. Hay una información que ya no puede ser escuchada. Aquí la información es una presa a conseguir. Ya había incorporado demasiadas noticias luego de la contrariedad con su hermana y actualmente le era imposible digerir otras. El diagnóstico por RMN fue “neurinoma del acústico”.

Aquí observamos que no sólo se trata de conseguir alimento, sino también de rechazar lo que ya no se puede digerir. Quizás esto se vea más claro en la patología del propio aparato digestivo. Por ejemplo, las faringitis que responden a algo que se quedó atragantado en la garganta, las lesiones de intestino grueso dan cuenta de algo que no se puede eliminar. El sentido biológico consiste en poder superar esa imposición que parece venir de afuera y que, en una sutil metáfora, hace surgir una necesidad. Podemos decir que la persona que sufre una enfermedad orgánica, activa, a través de esta metáfora, programas de superación del requerimiento biológico.

Recordemos a los perros de Pavlov. Ellos no sospechan de las intenciones del experimentador cuando éste hace sonar un timbre cada vez que le acerca un trozo de carne. Podríamos decir que el timbre es un significativo impuesto que hace que el perro se mueva en el campo de la necesidad (en este caso, de alimentos). En un sujeto, esta dialéctica, reducida al campo de la necesidad, es la base para entender, desde el punto de vista biológico, a la enfermedad. Hay un significativo impuesto que confunde “algo” con la necesidad y el sujeto responde como si fuera una necesidad, cuando en verdad es “algo”. Podríamos decir que un mensaje, que podría ser analizado y discriminado por el cerebro moderno, es captado y respondido directamente por el cerebro antiguo.

Hamer dice que el DHS se produce cuando el sujeto no puede verbalizar el conflicto y cuando éste lo sorprende. Es como si el elemento conflictivo no pudiera permanecer en la memoria de trabajo y no pudiera relacionarse con los otros elementos de la misma. Pero permanentemente parece volver desde la memoria a largo plazo. Y regresa con un significativo que es capaz de activar esos genotipos embriológicos que estaban bloqueados. Aquí, el habla (que es justamente lo que le falta a la persona que ha sufrido un DHS) actúa como sostén de aquello que vuelve del campo de la necesidad.

Recordemos al paciente con un cáncer de intestino, cuyo amigo desapareció luego de pedirle dinero. Al desarrollar la historia de su enfermedad, él dice “me cagó”. Es clara la metáfora del cagar y del intestino grueso. Pero el “me” es aún más importante. Si escuchamos las frases que los pacientes traen a la consulta, observaremos esta presencia del “me”: “Esta persona me va a traer un dolor de cabeza”, “Me fusilaron” (recuerdo un paciente que utilizó esta expresión al referirse a la junta familiar que hicieron su ex esposa con sus hijos luego de enterarse que él tenía una nueva pareja; lo llamativo es que presentaba lesiones de agujeros en los huesos, en las costillas y una

llamativa lesión en la cara posterior del cráneo, una especie de tiro de gracia), “Me quedé sola”, “Me partió el corazón”, “Me quedó en el medio de la garganta”. Todas hablan de un sujeto. Y justamente es en la enfermedad donde la dialéctica de este sujeto parece estar ausente.

Hay un hecho que quizás nos permita acercarnos más al sentido del que hablamos. Todos los que ejercemos la profesión médica, muchas veces, somos conscientes de que ocurren en la vida de las personas, sucesos que por su constancia parecieran tener importancia o relación con lo que le pasa a esa persona. Pero también somos conscientes de que esos hechos no son descritos en los libros de medicina. Trabajando para una obra social de una localidad floreciente en sus industrias, me ocurrió que, cuando comenzaron a cerrar una por una (hasta virtualmente desaparecer) todas sus industrias, empezaron, a los pocos meses, a aumentar significativamente los casos de cáncer de pulmón. Si bien esto es solo una observación, jamás escuché decir en los medios de difusión (con la cantidad de teorías que emergen de tales medios) que el cáncer de pulmón puede guardar alguna relación con la desocupación o con las pérdidas de las propiedades por remates hipotecarios.

El Dr. Herrera ha presentado, en España, unas estadísticas en las que se observa una evidente relación entre el desarrollo del cáncer y *un conflicto previo*, que la medicina pretende reducir al concepto de situación estresante previa. Si ya conocemos las cinco leyes de la Nueva Medicina, podemos acotar esa confusa expresión y comenzar a hilar más fino en las causas de la enfermedad. Estas estadísticas fueron realizadas en España entre los años 1978 a 1985. La tasa de mortalidad, ajustada a cada edad, de cáncer de bronquios, tráquea y pulmón fue, en el año 1975, de 38 personas cada 100 mil habitantes. En 1985, llegó a 60 casos. El consumo de cigarrillos mantuvo en ese período niveles constantes de 2341 a 2678 por personas y por año. La tasa de desocupación, que en el año 1975 era del 7%, llegó con la reconversión industrial al 25% en 1985. Lo llamativo, además de estas relaciones entre cáncer de pulmón y pérdida del trabajo, fue que, en las provincias que no sufrieron desocupación, se mantuvo una incidencia de 34 casos cada 100 mil personas y, en las que mas sufrieron la reconversión, se llegó a 80 casos. Las dos colonias españolas en África, que son permanentemente reivindicadas por Marruecos y cuyos moradores viven una situación de amenaza de territorio, constante tienen un alarmante promedio de 95 casos cada 100 mil habitantes.

Otros requerimientos

Habíamos hablado de la *nutrición* y la *reproducción* como requerimientos biológicos. El tercer requerimiento que surge en la evolución es la *defensa*. Hay un territorio primitivo (que es el propio cuerpo y la cría) que se va a defender de las exigencias expuestas por su propio medio. Así, la dermis surge del intestino para defenderse con una piel primitiva de las agresiones del medio. Las mamas son el producto de una invaginación de las glándulas sudoríparas para proteger a la cría. El cerebelo nos dará las imágenes para leer la historia de estos conflictos.

Una mujer de 40 años presenta un melanoma en la espalda. En su historia relata que la madre es la esposa de un pastor de una zona rural. Su mamá tenía un carácter frágil y el marido la exponía a situaciones que ella no sabía sobrellevar. Cae enferma y su hija trata de saber qué le pasa. Su madre le confiesa que ha participado en ritos de liberación de demonios y que uno de ellos la enfrentó y le dijo que la iba a matar. Al poco tiempo, esta mujer muere y su hija enfrenta al esposo de su madre, a quien quería aunque no fuese su padre biológico. Este la calma y le muestra todo su afecto, negando que los hechos relatados por su madre hayan ocurrido. A las dos semanas se entera, escuchando una conversación, que el pastor había sostenido que su esposa había muerto por no tener suficiente fe. A los cuatro meses se le diagnostica el melanoma.

Como todas las células del endodermo y del mesodermo antiguo, las de la dermis encuentran su sentido biológico en el momento del conflicto activo. Aquí hay una mancha, un grave mancillamiento que es captado en la espalda, por una conversación que escucha detrás de ella. En este momento, la paciente esta en continua simpaticotonía, no deja de pensar en lo que ha escuchado, come y descansa poco, tiene las manos frías y las pupilas dilatadas. Un FH se observa en el cerebelo y la orden que surge es defenderse. Las células de esta piel primitiva, que deriva del intestino, comienzan a crecer para proteger el territorio primitivo.

Los significantes impuestos.

Jean Guir dice: “Creemos que durante la vida del sujeto se establecieron ciertos significantes, que actualizan el funcionamiento de un conjunto de genes, apareciendo así fenotipos nuevos”. Guir se refiere al cáncer como un fenotipo distinto al normal, que expresa un programa genético inactivado que se actualiza a partir de ciertos hechos de la vida del sujeto. Esta “actualización” depende de la existencia de “ciertos significantes”.

Recordemos lo expresado en el capítulo sobre el cerebro: “el conflicto biológico muestra la independencia pero a la vez la simultaneidad de un cerebro que trabaja, por un lado, con símbolos expresados por el lenguaje, con su capacidad analítica y discriminativa y, por otro lado, procesa códigos que pueden relacionarse con nexos no discriminativos. Este cerebro primario también está estructurado como un lenguaje.”

Y este cerebro sería el reservorio de significantes colectivos, universales, que actúan como un código que ya está escrito cuando el sujeto llega a la vida. Estos significantes son impuestos. No hay elección. El habla, a través del cerebro moderno, llega después, no sólo en la evolución, sino en cada nueva vida. Lo que permite la interacción entre esos dos sistemas es la palabra pero no en tanto sonido, sino en cuanto sentido. Un sentido que surge de las relaciones y las posiciones de esa palabra. La rememoración de esos sentidos es lo que produce la activación de los programas cerebrales que llamamos enfermedad. “La enfermedad es la escritura en la carne, de la historia de un individuo, interactuando en el cerebro moderno y en el cerebro primitivo a través de la palabra.” Una historia que es todo lo que está en él y todo lo que yo no sabe que está en él.

Quizás el profundizar en estas cuestiones exceda los límites de este trabajo, pero es importante aportar los cuatro órdenes a los que hacemos referencia en la aparición de las enfermedades.

Las fechas: alguien se enferma cuando tiene la misma edad que su padre al morir o cuando nace un hermano o en una fecha con un significado preciso.

El mimetismo: hay un órgano que se constituye en representante de los cuerpos de su historia familiar. Suele haber primero una relación funcional entre un síntoma y un lugar que se resuelve espontáneamente o no. Así vemos comportamientos orgánicos, que son interpretados como fóbicos o histéricos, previo a la aparición de ciertas enfermedades.

Pareciera que, luego, esta relación función / órgano pasa a ser reemplazada por una relación significativa / órgano que activa los programas cerebrales de cáncer. También es significativo ver como en la primera etapa la intervención analítica puede actuar sobre el órgano, obteniéndose “curas” que en cambio no se producen en la segunda etapa.

La conminación a pertenecer a un determinado sexo: el órgano enfermo se “transforma”, se “traviste” con una pretensión imposible, gozar del cuerpo de otro.

El derrumbamiento del nombre propio: recordemos que Champollion descubrió el significado de los jeroglíficos porque advirtió que en todas las lenguas, por encima de su fonética, los nombres tenían una estructura estable.

Así podemos llegar a la conclusión de que cada célula, tejido u órgano tienen una función específica que depende de su especialización (y consiguiente madurez) en el curso de la evolución. Todo el aparato digestivo guarda relación con la asimilación de alimentos, su metabolismo para producir energía y la eliminación de los restos indigeribles. En cambio, las vías respiratorias, con el captar oxígeno del aire y recambiar en los alvéolos pulmonares al que ya ha sido usado y transformado en CO₂. Mientras que el Sistema Nervioso percibe informaciones, las analizarlas y emite respuestas. Así, podríamos hablar de una fisiología al servicio de la vida y de la reproducción de la especie. Lo que sucede es que cada órgano, además de esa función, tiene inscripto un texto con dos caras que interactúan entre sí y con su función específica. Por un lado, lo que podríamos llamar la “memoria del órgano”. En el capítulo sobre la memoria, vimos como ésta era definida no sólo en cuanto a la memoria de trabajo, sino también a la memoria a largo plazo.

Por otro lado, el lenguaje ha inscripto en cada uno de estos órganos un sentido que no sólo pasa por los significantes universales, sino también por todos aquellos que en cada historia particular marcan un sentido único ubicado en una historia familiar.

La insoportable levedad del ser

El cuarto requerimiento biológico que la naturaleza impone a los seres vivos es el que llamaremos de *afirmación*. Todo el tejido conectivo, huesos, músculo, tendones, cartílagos, tiene que ver con esta necesidad biológica de afirmarse, de consolidarse. En la evolución de vertebrados, el punto de inflexión que marca la postura erguida señala una íntima relación con este requerimiento. Recordemos que a partir de la bipedestación se logró ser una especie generalizada, con ventajas indudables al tener libres los miembros superiores y utilizarlos con fines prácticos que ayudaron a la evolución.

Toda la llamada sustancia blanca del cerebro ordena estos tejidos. En la TAC cerebral observaremos las distintas localizaciones, como un esqueleto cuya cabeza está en la zona más frontal y sus miembros inferiores en la zona más occipital. El sentido biológico que muestra la enfermedad de estos tejidos, que derivan de la hoja embrionaria mesodérmica, lo encontraremos en la fase de CL de vagotonía. Allí habrá crecimiento celular para volver más firme el tejido previamente afectado por un conflicto de ataque a esa afirmación (desvalorización), a esa ventaja que significa tener una capacidad especial para sostenerse.

Un periodista de 40 años, con una meritoria trayectoria en los medios de difusión y en plena actividad en un canal de televisión, es citado por la gerencia que le comunica que va prescindir de sus servicios. Se lo trató sin ninguna consideración. Estaba en la cima de su carrera. No se le notifica ningún motivo. Varios meses después, y ya reinsertado en una actividad privada bastante irregular, le aparece un bulto en la parte posterior del muslo derecho. Se diagnostica un osteosarcoma.

Cuando lo entiendo y le pregunto sobre la sensación que le dejaba esta historia, me dice literalmente: “Siento que me cortaron la carrera”. Cuando le pregunto con que corre me dice rápidamente: “Claro..., con las piernas”.

Como decíamos, aquí el sentido biológico se da en la fase de CL. El hueso crece no sólo para rellenar el agujero (necrosis) provocado por el conflicto (y pocas veces diagnosticado en esa fase), sino que trata de hacerse de hierro para soportar mejor un nuevo golpe. Cuando vi a este paciente ya había tenido dos cirugías y se planteaba una tercera. El sarcoma volvía a crecer. Esto sucede porque el programa de activación cerebral, si bien se había desactivado el conflicto (la injusticia laboral fue corregida por un nuevo trabajo), sufría recaídas o rememoraciones a través de las irregularidades laborales actuales y de las propias agresiones quirúrgicas que el cerebro interpreta como un nuevo ataque del que hay que defenderse.

Aquí es muy importante saber que sucedió semanas antes de la aparición del primer sarcoma. Eso fue lo que permitió entrar al organismo en vagotonía y comenzar la curación. Ante la persistencia del sarcoma, deducimos que esos hechos no alcanzaron para completar la curación pero que tuvieron la capacidad suficiente para iniciarla. Eso que sucedió semanas antes es la clave para enfocar una abordaje terapéutico. Seguir operando era seguir activando el conflicto.

La diferencia entre abordar un tratamiento (quimio, radio, cirugía o cualquier otro no convencional) en la fase CA o en la CL es lo que marca el éxito o el fracaso. Si cualquiera de esos tratamientos se hace en la fase activa de la enfermedad, de simpaticotonía, o en la de recaída de la fase de solución, lo único que se provocará es un empeoramiento y en algunos casos un éxito fugaz seguido de un agravamiento de la lesión. Si en cambio se realizará luego de finalizada la fase CL y con el paciente en normotonía, la curación se hará sobre bases firmes. El paciente estará confiado porque sabrá que ya está curado y que el tratamiento que se le hace es para eliminar algo que ya no está activo. Inclusive, las dosis usadas podrán ser menores sin los graves efectos tóxicos que habitualmente producen.

En los casos en que no es posible hacer esto, (obstrucción de un órgano por ejemplo), será indispensable entrar en vagotonía al paciente, ya sea por medios químicos o no. Había que realizar cirugías no mutiladoras, que no agraven los conflictos pre-existentes, y mantenerlo en una campana terapéutica en la cual pueda sentirse relajado, comprendido y cuidado.

El paciente que sufre de cáncer o de cualquier enfermedad que lo sorprenda, se enfrenta a situaciones que muchos médicos no alcanzan a comprender. Si bien esto lo abordaremos en el

capítulo de terapéuticas, es justo señalar que el miedo que sufren algunos pacientes al ser diagnosticados y al enfrentar un tratamiento, que muchas veces suele ser cruento, es el mayor causante de los fracasos de las terapéuticas convencionales.

Un estudio psicobiológico.

Una niña es diagnosticada de un sarcoma en la pierna izquierda a nivel de la rodilla. Su nombre es María Luisa. Es hija de padres separados. Vive con su madre y cinco hermanos. Su padre vive en el extranjero y lo ve ocasionalmente. El sarcoma es una masa tumoral voluminosa y, al afectar la articulación, le provoca dificultades al caminar. La propuesta terapéutica con la que llegaba era quimioterapia, cobalto, y luego, si se reducía, cirugía. Los padres (el papá había viajado para tomar conjuntamente la decisión) se negaban a tal tratamiento ya que estaban ligados a ideas naturistas, y el único tratamiento que habían comenzado era una alimentación macrobiótica y una medicación con hierbas.

Al observar la TAC cerebral, el FH se veía con focos superpuestos, algunos activos y otros en solución. El sarcoma tenía netos signos inflamatorios.

En la entrevista surge lo siguiente:

El 19 de Julio de 1996, jugando se cae y recibe un golpe en la rodilla izquierda. Pasa desapercibido, pero a los tres días comienza a manifestar dolor a nivel del golpe. Luego de 2 semanas tomando analgésicos, un traumatólogo decide sacar una radiografía y recién en diciembre de 1996 le piden una TAC de rodilla (estos casi cinco meses de dudas diagnósticas juegan un papel muy importante en la evolución de la enfermedad, ya que la paciente no puede entrar en vagotonía continua por estar justamente en estado de alerta al no saber qué es lo que tiene).

Al leer la TAC, el médico en el consultorio, le pide a la niña que salga un momento. Es para comunicarle a la madre que había que hacer una biopsia. Ella está esperando 20 minutos afuera. No deja de pensar “me van a cortar la pata”.

A los 13 días le hacen la biopsia. Los padres le hablan de una infección para no nombrar la temida palabra. Esa misma noche, ella sueña que se le caen los cabellos. A la mañana siguiente se despierta angustiada y piensa “me van a cortar la pata”.

Se hace el diagnóstico de sarcoma. Se le comunica el tratamiento. La madre pregunta si no hay otras opciones y el oncólogo le expresa delante de la niña “si no hace lo que le decimos, su hija se va a morir”. Le piden tomografías de otras zonas del cuerpo “por si hay metástasis”.

Vamos a retroceder. En marzo de 1996 (es decir, cuatro meses antes de que aparezca la lesión), la madre de María Luisa le indica que debe cuidar a sus hermanos más chicos (dos y cuatro años) porque ella debe salir a trabajar debido a los apuros económicos que estaban atravesando. María Luisa dice: “ Me sentí jodida por todos. Yo tenía 13 años y era demasiada responsabilidad para mí”.

Así transcurren estos cuatro meses en los que la niña asiste a la escuela y, en sus horas libres, se hace cargo de sus hermanos. El 9 de Julio comienzan las vacaciones de invierno y los hermanos mayores y la madre están presentes en la casa. Ella vuelve a tener su ansiado tiempo libre. “Y me sentí muy aliviada”.

El 19 de Julio (diez días después de “recuperar la libertad”), sufre la caída y el golpe en la rodilla).

Hace referencia a que, durante el período que va de marzo a julio, sufrió dos frustraciones importantes: no pudo asistir a un curso de fotografía ni encontrarse con sus amigas.

El papá se llama Luis María y a ella todos le dicen Luisi (recordemos el derrumbamiento del nombre propio). “Mi viejo no se hace cargo de mí. Tendría que mandar plata todos los meses. No puedo hablar con él. El quiere la mitad de una casa en Jujuy y dice que eso es suyo, que nosotros éramos demasiado chicas cuando él la construyó....Siento que él tiene plata y es egoísta con nosotros...Cuando yo estoy allá, él me da plata porque estoy de su bando....pero yo soy del bando de mi vieja”.

Desde abril de 1996, manifiesta intenso dolor a nivel de la rodilla. Este dolor la tiene postrada. Se alimenta poco. No sale a ningún lado.

Indudablemente hay mucho material para trabajar en este relato. Pero vamos a cernirnos a lo que hemos visto hasta ahora.

En marzo de 1996, María Luisa sufre un impacto demasiado importante para una niña de 13 años. Se le dan responsabilidades que la desbordan. A esto le podemos llamar un conflicto de desvalorización, un verdadero cuestionamiento a la afirmación de lo que ella es. Pensemos que el lado izquierdo del cuerpo tiene que ver con los conflictos co-sanguíneo y el lado derecho con los no co-sanguíneos.

Durante ese período de cuatro meses, se produjo una pérdida de sustancia en la pierna izquierda que no fue advertida. De ser advertido, como habitualmente no lo es, si no es demasiado severa no produce ningún síntoma.

¿Por qué la pierna? Es aquí en donde los significantes universales, a los que hacíamos referencia actúan en lo que vamos a llamar una “conciencia de localización”. La pierna, además de sostenernos y de servirnos para caminar, inscribe su función en el lenguaje: “Esto no camina”, “Tengo las piernas atadas”, “Me cortaron las piernas”. No es la inscripción del lenguaje en el cuerpo, sino la inscripción de la función del cuerpo en el lenguaje.

María Luisa no podía ir al encuentro con sus amigas ni hacer el ansiado curso de fotos. Como al paciente anterior, a ella también le habían cortado la carrera, no del lado laboral, sino del lado de la familia. El 9 de julio todo esto adquiere otra dimensión: ella suelta sus piernas, vuelve a hacer el camino de los niños, sale, ve a sus amigos, corre. Aquí el tejido comienza a proliferar. Entra en vagotonía y los osteoclastos comienzan a tapar la pérdida de hueso provocada por el conflicto de desvalorización. Ella juega y corre. Y al correr, se cae. Y al caerse (el 19 de julio), se produce un apertura, un razgamiento de la piel que recubre al hueso (el periostio), y así todo el tejido órgano formador que estaba rellenando el hueso, al no tener la contención del periostio, crece sin límites y se forma el tumor. Muy probablemente, el sarcoma no se hubiera producido si no se hubiera abierto esa ventana. En casos de conflictos muy prolongados o intensos, los mismos osteoclastos en su crecimiento producen la ruptura del periostio. También, las punciones diagnósticas en momentos de proliferación celular suelen ser las causantes de estas ventanas que la naturaleza no tiene programada.

Hasta aquí, podemos manejar dos elementos:

La solución del conflicto pasó por las vacaciones de invierno, por la liberación de la responsabilidad de cuidar a sus hermanos y por la posibilidad de ir a donde ella quería.

Si el tumor siguió creciendo, hay algo que vuelve, que recidiva. Y si ese algo no se aborda, cualquier tratamiento fracasará y el tumor seguirá creciendo.

¿Y que vuelve?. Algo que la hace entrar en el mismo conflicto. No poder ir, no poder andar.

Aquí hay dos factores:

El dolor

La relación actual con los padres.

Con respecto al dolor, éste funcionaba como un hecho de la realidad que activaba los significantes universales de “no poder caminar”. Pensemos que un animal de la selva, que está herido en una pata, es una presa fácil para cualquier depredador. Su incapacidad de defensa lo hace entrar en estado de alerta permanente, en simpaticotonía (sólo duerme bien entrada la madrugada, cuando comienza a haber un poco de claridad). Es indudable que si ese dolor no disminuía, ella iba a seguir reactivando ese conflicto de “no poder caminar”.

Este tema es sumamente importante y, quizás, la medicina a través de las llamadas terapias del dolor lo está enfrentando, pero con técnicas que distan mucho de ser óptimas ya que utilizan químicos derivados de la morfina que impiden la evolución natural de la enfermedad. Creemos que se puede abordar este tema, sin recurrir, la mayor parte, de las veces, a los opiáceos. Aunque, lamentablemente, algunas veces, solo a ellos se puede recurrir.

El tema de la relación con los padres, tiene varias aristas. Sólo veremos algunas. La madre sufrió torturas durante su juventud, cuando era activista política durante el gobierno militar. Luego de separarse del padre de María Luisa, vuelve a formar pareja con un hombre de carácter violento que la hace recordar lo ocurrido. Inclusive, este hombre llega a ponerse violento con sus hijos. La niña está presente en alguno de estos hechos. La madre dice: “Nunca me voy a perdonar que lo haya dejado ir tan lejos”. Su autoridad frente a María Luisa es francamente cuestionada por ésta, al asegurar que no respeta demasiado sus órdenes. Con respecto al papá, la percepción de María

Luisa oscila entre las frases pronunciadas anteriormente y otras de este estilo:” Cuando yo estoy con él, me siento protegida”.

Cuando le pregunto si ella se animaría a hablar con él de lo que siente, me dice : “No me animo porque tengo miedo de que se enoje”. Cuando le propongo estar presente, dice: “Tengo miedo que se arme lío”.

Cada parte del cuerpo, decíamos, tiene una función pero también tiene una conciencia. Cada parte puede percibir, analizar y emitir una respuesta. Este último concepto es el que las neurociencias dan a la conciencia, asemejándola a la memoria de trabajo. **La pierna de María Luisa es la conciencia de todo lo que no andaba bien en su vida con relación a sus padres.**

Ella tenía inscripto en su pierna el derrumbamiento del nombre del padre, que justamente es su propio nombre. Ella tenía inscripta en su pierna la incapacidad de defensa de su madre, cuyo nombre es.....Maravilla.

Indudablemente, el abordaje de la constelación familiar es imprescindible para que el paciente tome distancia de lo Real, que se hace acto en la enfermedad. Es importante insistir que cualquier instrumento terapéutico debe utilizarse conociendo las cinco leyes biológicas, de no ser así, estamos trabajando con “el esquema del perdigón”, tirando muchos balines para ver si alguno le pega a la presa. No pretendemos decir que, haciendo esto, todos los tumores se curarán. Eso depende de muchos otros factores que interactúan. Deberán cambiar muchas cosas en el ser humano para poder abordar las enfermedades sin sentir que se nos escapan demasiadas cosas.

Una fase complicada.

El cuarto requerimiento que la naturaleza impone a los seres vivos es el de “*formar grupos*”. Vimos como, en la evolución de los homínidos, este hecho determinó una ventaja evolutiva importante para la caza de animales grandes y la formación de familias exogámicas que impidieron la perpetuación de disfunciones genéticas. También vimos que, a partir de la agrupación, se desarrolló el lenguaje para poder comunicar órdenes al grupo y que éste fue un avance crucial para el desarrollo del cerebro. Fue el neocórtex el que evolucionó y es justamente allí en donde se inscriben los FH que tienen que ver con estos conflictos modernos.

Aquí aparecen límites territoriales que exceden al propio cuerpo y se dirigen a un espacio propio con relación al grupo de pertenencia. Los tejidos afectados son todos los epitelios planos que tapizan a los órganos y que derivan de la hoja embrionaria ectodérmica. El sentido biológico lo vamos a encontrar en la fase activa de simpaticotonía, cuando las células epiteliales se ulceran para aumentar el espacio de los conductos que recubren. Así, en el carcinoma intraductal de mama, los conductos se ulceran para dar mayor espacio a la leche que alimentará al hijo (conflicto de separación con el hijo). En la fase de vagotonía, estas células proliferan para rellenar las úlceras y, según la intensidad del conflicto, podrán producir en su crecimiento, oclusiones, entumecimientos y tumores. Aquí hay un problema de difícil comprensión, la complicación orgánica una vez superada la fase activa del conflicto. La aparición de un infarto de miocardio cuando el conflicto de territorio ha sido superado. El diagnóstico de un carcinoma de mama, cuando la separación sufrida ha sido reparada. La aparición de un accidente cerebrovascular en momentos en que la evolución de un tumor es satisfactoria. Es por eso que debemos abordar éste tema con la prudencia que su novedad exige, pero con la seguridad que la constancia de su observación nos demanda.

¿Qué es solucionar un conflicto? Independientemente de las interacciones que fuimos analizando, aquí la respuesta debe ser netamente fisiológica.

Solucionar un conflicto es dejar de estar en simpaticotonía permanente y pasar a un ritmo fisiológico de dominio vagotónico, que es el que permitirá la reparación no sólo de la lesión orgánica, sino también del FH en el cerebro. Si la intensidad o la duración del dominio simpaticotónico fue excesiva, debemos tener en cuenta tres cosas:

- 1) La intensidad y la duración del dominio vagotónico será proporcional a la del dominio simpaticotónico. A nivel del órgano, el crecimiento celular, los edemas y el tejido cicatricial podrán producir retracciones de órganos y simular tumores. Cuando estas células de reparación se

estudian en plena fase de vagotonía, se diagnostican como carcinomas por la presencia de mitosis y de signos de indiferenciación.

- 2) A nivel del cerebro, los edemas de reparación si no son tenidos en cuenta, pueden ser causa de serias complicaciones en la evolución de una enfermedad.
- 3) Los microbios que intervienen en la fase de vagotonía, pueden ser causantes de infecciones que también deben ser tenidas en cuenta en esta fase.
Como vemos, si el conflicto ha sido intenso o ha durado mucho tiempo, la fase CL más que de solución, puede ser de complicación y mucho más si se tiene en cuenta el momento de la crisis epileptoidea. Conocer esto, implica dos cosas:
 - 1) Dejar de cometer los errores que la medicina actualmente provoca con terapéuticas que no tienen en cuenta ni el ritmo vegetativo del organismo, ni la participación cerebral en la curación y en relación con esto, la actividad actual del tumor. Muchas lesiones antiguas que son descubiertas ocasionalmente por exámenes rutinarios, no deberían ser tratadas una vez que se demostró su inactividad a nivel cerebral, celular y clínico. Muchos pacientes fallecen al poco tiempo de ser diagnosticadas lesiones que portaban hace muchos años, por el impacto que el diagnóstico produce en su ritmo fisiológico y por el desencadenamiento de nuevos conflictos.
 - 2) Fundar una estrategia terapéutica en la solución de los conflictos y en el ingreso a la fase vagotónica. Los “lobos secundarios”, que por algún motivo se convierten repentinamente en “lobos primarios”, corren un franco riesgo de hacer un infarto agudo de miocardio. Si un conflicto ha durado mucho tiempo, también debe solucionarse en mucho tiempo. De alguna forma, decimos que el cuerpo tiene sus límites biológicos que hay que conocer y respetar. Y esos límites son absolutamente individuales. La curación debe ser un proceso que contemple las cinco leyes de la Nueva Medicina, fundante de una terapéutica que tenga en cuenta no solo a cada persona, sino al momento que esa persona está atravesando.

No es bueno que el hombre esté solo.

En el ser humano, los conflictos biológicos de agrupación, se expresan como conflictos de territorio, de separación y de identidad. Podemos decir que el territorio es todo aquello que uno considera que le pertenece: la familia, las propiedades materiales, etc. El macho tiene una forma característica de responder ante la amenaza de pérdida, de invasión o de cuestionamiento de su territorio. Como el cerebro dominante del macho es el derecho, los órganos que ordena ese hemisferio son los directamente involucrados: los bronquios, las arterias coronarias, etc. En la hembra, la dominancia es del hemisferio izquierdo y responde con los órganos de dicho hemisferio: la laringe, el útero, etc. Cuando una pareja macho-hembra de perros cuida un lugar al que se acerca otro perro, el que sale a ladrar es el macho (activa los bronquios, espira), pero lo hace gracias a la previa señal de la hembra que gime (activa la laringe, inspira).

La dominancia de un hemisferio depende del nivel hormonal que afecta fundamentalmente los centros de la emoción. Esta dominancia, es alterada por la edad, el carácter y la presencia de químicos que pueden desequilibrarla. En la menopausia, la dominancia será del hemisferio derecho. Lo mismo pasará si se produce una castración química por quimio u hormonoterapia.

Entre los lobos vamos a observar que existe un macho primario que es el jefe y machos secundarios que tienen bloqueado su hemisferio dominante y actúan como hembras. Cuando un macho primario (que es el que copula con todas las hembras) es expulsado de su territorio por machos más jóvenes, sufre una intensa lesión en los órganos regidos por el hemisferio derecho que sólo podrán curar estas lesiones con un intenso edema cerebral que puede comprometer centros neurológicos vitales. Si logra encontrar otro territorio rápidamente, las lesiones a reparar serán menores. Si no lo logra, es muy probable que, cuando lo intente, sufra un infarto agudo de miocardio.

El infarto agudo de miocardio (IAM)

En el ser humano que sufre una pérdida de territorio se activan dos focos cerebrales, uno a nivel del cerebelo (como residuo del territorio primitivo que asienta allí) y otro en la zona temporal derecha (que podemos llamar de territorio moderno o ampliado). En realidad, el IAM es una enfermedad del cerebro tanto como del corazón. Podemos esquematizarlo así:

Se produce un DHS como expresión de un conflicto de territorio

La persistencia del conflicto debe durar de dos a tres meses. Habitualmente, si dura más de nueve meses, el pronóstico es sombrío ya que, en la solución del conflicto, la tumefacción cerebral es intensa.

Mientras el conflicto está activo, puede haber angor (dolor en el pecho). El paciente está en simpaticotonía, en estrés permanente. Se producen úlceras en las arterias coronarias. Si se soluciona el conflicto, se pasa a la vagotonía y se escarifican las úlceras.

Recordemos que las arterias coronarias derivan de los arcos branquiales. Cuando la úlcera se cura, lo hace por cicatrización que posiblemente deje una estenosis en la arteria.

El paciente está en plena fase de vagotonía. Recupera peso, duerme y, en plena fase de relajación, comienza a transpirar, le duele la cabeza, tiene náuseas, diplopía y desarrolla esa crisis epileptoidea que intenta eliminar el edema cerebral y que se conoce como infarto agudo de miocardio.

En los casos de infarto de la pared anterior, se observa, en la TAC cerebral, un desplazamiento y estrechez del cuerno anterior derecho y un estrangulamiento de la Cisterna Ambiens en sentido medial. Esta edematización no se observa en el momento del infarto sino dos o tres semanas antes. Lo que estamos diciendo es que podría predecirse la aparición de un infarto quince días antes, con una TAC cerebral. Pensemos que el lóbulo temporal está encastrado en la fosa media derecha del cráneo y no tiene otra escapatoria más que en dirección a los lóbulos frontal y parietal (de ahí que en los cortes horizontales los signos de rechazo sean discretos). Cuando hay edematización, el cuerpo y las alas del esfenoides, la escama mastoidea del temporal y la superficie anterior del peñasco producen (por su imposibilidad de distenderse) un aumento de la presión local que puede bloquear el centro del ritmo cardíaco y llevar a la muerte. Los infartos del ventrículo derecho (que son pocos) parecen desarrollarse a la sombra de un cáncer de cuello de útero, y así podemos observar estas lesiones asociadas en el cerebelo izquierdo y en el lóbulo temporal izquierdo.

De ésta forma, nos estamos introduciendo en la posibilidad de abordar las enfermedades desde el punto de vista cerebral. Posición que la medicina limita a lo que ella considera enfermedades cerebrales. Creemos que todas las enfermedades pueden ser tratadas no sólo desde lo orgánico y lo psicológico sino también desde lo cerebral.

Vemos un gran futuro en el tratamiento cerebral de las enfermedades y consideramos imprescindible la utilización de ciertos elementos (antiedematosos, neurotransmisores, despolarizantes, etc) en base a los datos que la TAC cerebral nos da.

Esquemáticamente podemos decir que los requerimientos biológicos son:

Nutrición
Reproducción
Defensa
Autoafirmación
Formación de grupos

A partir del traslado significativo entre el lenguaje y el cuerpo, hablamos de conflictos psicobiológicos:

Acumulación. Poder. Egocentrismo
Omnipotencia.
Mancillamiento.
Desvalorización. Derrumbamiento
Pérdida de la identidad. Sentimiento de no pertenencia.

El conflicto psicobiológico no solo tiene que ver con los significantes universales inscriptos en el cerebro antiguo, sino también con los significantes individuales que participan de la historia familiar y que son transmitidos por el cerebro moderno con la participación del lenguaje.

La señora A., de 50 años, es diagnosticada como portadora de un adenocarcinoma de intestino grueso. Está casada y tiene cuatro hijos. Vivían en una ciudad distante a 100 Km. de donde viven actualmente. Enfrente de su anterior domicilio vivía su suegra. “Siempre me estaba espiando”, “Se cruzaba para decirme que yo había engañado a su hijo”, “Que le robaba cosas, que le tiraba sal”. A los ocho años de esa convivencia deciden mudarse. Y se mudan enfrente de la casa de su madre. Ésta comenzó con un cuadro depresivo hace dos años y la pasaba a buscar todas las tardes para caminar. Sus permanentes comentarios en esas caminatas eran: “Yo ya no tengo relaciones íntimas con tu padre”, “ Si yo hablara.....”, “No lo hago porque ustedes le van a faltar el respeto. Esto ocurre durante tres meses. Un día, ella se niega a salir a caminar. La madre se enoja y le pide que le devuelva una camisa que le había prestado. A las dos semanas la llama por teléfono y le dice: “Vos tenés dos caras”. A los 15 días de éste suceso, la señora A comienza con enterorragia. En España a esto lo llaman “conflicto de guarrada”. Aquí diríamos “la hicieron mierda”. La enterorragia marcaba el comienzo de la fase de CL . Actualmente ésta señora se ha mudado...y no conoce a sus vecinos.

Si hablamos de conflicto psicobiológico, ya no nos referimos a los requerimientos que durante la evolución de la vida se han impuesto al ser humano, sino a los que el ser humano en su evolución cultural impone a un cuerpo que ya no evoluciona biológicamente. Nuestro mapa genético ya está terminado. No hay presión evolutiva para formar nuevas células ni nuevos órganos. Pero lo biológico ha quedado implicado por la persistencia del cerebro primitivo. Este último ha aprendido pautas de comportamiento durante millones de años, incapaces de diferenciar entre el campo de representaciones psíquicas y los estímulos orgánicos condicionados. Las células del intestino crecen cuando sólo tendrían que haber crecido los pensamientos o los sentimientos. Las conexiones que van del cerebro antiguo al moderno son mayores que las que van en sentido contrario. Nos domina lo primitivo. Las células crecen aún cuando nosotros pensemos que no lo hacen.

Lo Real , la carne, se expresa obedeciendo estas cinco leyes que el Dr. Hamer comienza a reconocer.

Apartarnos de la naturaleza.

Recordemos algo que dijimos en la cuarta ley: “El hecho de que los microbios se hayan convertido en terribles enemigos, nos habla de un error que no ha cometido la naturaleza sino nosotros, generando conflictos que se han apartado de las leyes naturales”. Habíamos hablado de requerimientos biológicos. La naturaleza le pide a los seres vivos determinados comportamientos, si quieren sobrevivir: nutrirse, procrear, afirmarse, comunicarse. A lo largo de la existencia del ser humano, estos requerimientos biológicos han sido sustituidos por demandas psicosociales. Nutrirse es una necesidad para sobrevivir. La demanda psicosocial es acumular y tener poder. El conflicto que surge entre la necesidad y la demanda es la insaciabilidad. No poder obtener la presa. No poder digerirla. No poder eliminarla.

Cuando el conflicto es solo uno, el órgano puede quedar afectado. Si los conflictos se repiten, el órgano no puede soportar desde el cerebro tantas “señales” que demandan su respuesta, y obtiene un intervalo. Los nuevos conflictos son registrados en otra zona del cerebro (la contralateral) y el órgano ya no responde enfermándose. Se ha establecido un pacto. El producto de ese pacto es un síntoma mental. En el caso de los conflictos de nutrición, aparece una sintomatología relacionada con “miedo a morir de hambre”.

La reproducción es una necesidad para la supervivencia de la especie. La demanda psicosocial es el mantenimiento de la fuerza de producción con la generación de un territorio primitivo: el grupo endogámico.

Los conflictos que surgen entre la necesidad y la demanda están relacionados con pautas de conducta de autosacrificio, llegando a veces a un síndrome depresivo bipolar.

Defenderse es una necesidad para sobrevivir. La demanda es la formación de murallas y corazas para estar seguro. Evitar la agresión a cualquier precio. El conflicto que surge entre la necesidad y la demanda es la inhibición del comportamiento, desde el autismo hasta el bloqueo emocional (“los quemados emocionales”). En la TAC cerebral se observarán FH en ambos hemisferios cerebelosos. Se ha producido un pacto cerebeloso, en el cual conflictos tales como “ser una mala esposa” y “ataque a la integridad del cuerpo” no generan enfermedades físicas, sino las conductas referidas.

La verticalidad (el sostenerse, el afirmarse) es una necesidad para sobrevivir. La demanda psicosocial hace surgir la autovaloración y la realización de esas demandas. Es la mirada de los otros sostenida en la propia mirada. El conflicto que surge entre la necesidad y la demanda es la “manía de grandeza”, el comportamiento autoritario, la creencia en su propia superioridad. Aquí se ha producido un pacto en la sustancia blanca del cerebro que surge de conflictos de desvalorización sexual, laboral o social. Se minimiza la respuesta del cuerpo y aparece estos síntomas mentales y estas constelaciones cerebrales.

La formación de grupos es necesaria para la supervivencia. La demanda psicosocial se establece en varios niveles: a) la comunicación; b) la formación de territorios, y c) la existencia de un “afuera” u “otro” hostil.

Los conflictos que surgen en cuanto a la comunicación tienen que ver con el desarraigo, la separación del grupo primario. Esto genera pautas de conducta caracterizadas por desorientación en tiempo y espacio, inmovilidad y pérdidas de memoria.

Los conflictos que tienen lugar por la formación de territorio están relacionados con el nivel hormonal. Podemos diferenciar: a) conflictos masculinos y b) conflictos femeninos.

El hombre, ante la invasión del territorio, reacciona con agresividad. Esta pauta de conducta es una constelación cerebral que trata de minimizar las respuestas somáticas ante repetidos conflictos de territorio.

La mujer produce en esta constelación síntomas de ausencia de pertenencia a algo o a alguien, sentimientos de no ser considerada o amada por los otros.

Los conflictos que surgen por la existencia de una “afuera” u “otro” hostil generan miedos. Las constelaciones de conflictos de miedo generan bloqueos emocionales severos.

La unión de las distintas constelaciones da lugar a distintas patologías mentales: esquizofrenia, anorexia, alucinaciones, etc. El sentido biológico de las distintas conductas mentales es: Disminuir las repercusiones orgánicas de los conflictos haciendo reaccionar al hemisferio contralateral, y de esa forma evitar el nacimiento de una enfermedad o “congelarla” en un período determinado. Es sumamente importante entender esto en los pacientes que, ante graves conflictos, se someten a psicoterapias que pueden (al resolver un conflicto) suspender este efecto protector de la constelación cerebral y hacer aparecer una grave enfermedad. Compensar con la conducta psicológica el conflicto biológico.

Este tema se profundiza en el capítulo siguiente.

CAPITULO XII

LA LATERALIDAD

*“Un viajero sin conocimientos es
como un pájaro sin alas”
La Di Julistau*

Nos referimos con este término al cruzamiento fisiológico entre el órgano y su correspondencia cerebral. Es éste uno de los temas más complejos de la Nueva Medicina y su entendimiento es crucial a la hora de abordar un paciente.

Inicialmente digamos que el hemisferio izquierdo (del cerebelo y del cerebro) se relaciona con la parte derecha del cuerpo. Por otra parte, el hemisferio derecho se relaciona con la parte izquierda del cuerpo. El tronco cerebral no posee esta cualidad de cruzamiento ya que, por su antigüedad, las relaciones espaciales eran muy limitadas. De forma muy general, podemos decir que el cerebro dominante de la mujer es el izquierdo y que en el hombre la dominancia la tiene el derecho. Sin embargo, estas relaciones tienen múltiples variantes que es imprescindible conocer. Por un lado, esta dominancia es alterada si el sujeto es zurdo. El hombre zurdo trabajará inicialmente con el cerebro izquierdo (al igual que la mujer diestra). Conociendo ya la topografía del cerebro, es evidente que esto tendrá hondas repercusiones. Un conflicto territorial en un hombre zurdo no afectará las arterias coronarias ubicadas en el hemisferio derecho y en cambio podrá afectar las venas coronarias (ubicadas en el hemisferio izquierdo).

También tendrán importancia los niveles hormonales actuales de la persona que se aborda. Por un lado, las modificaciones fisiológicas (pubertad, menopausia) provocarán cambios en la dominancia. Así, una mujer diestra post- menopáusica trabajará fundamentalmente con el hemisferio derecho, viviendo los conflictos territoriales en forma análoga a un hombre diestro, con posible afectación en las arterias coronarias o los bronquios.

Por otro lado, las llamadas castraciones hormonales, ya sean quirúrgicas, químicas o por trastornos de la personalidad, generarán cambios en la dominancia cerebral. Una paciente diestra, que recibe quimioterapia, tendrá bloqueado su hemisferio izquierdo y los conflictos activarán el hemisferio derecho. Una mujer diestra con cáncer de cuello de útero (FH en hemisferio izquierdo), que reciba quimioterapia y que no haya resuelto su conflicto de frustración sexual, podrá activar la zona paralela del hemisferio derecho (al bloquearse el izquierdo) y generar una lesión de las arterias coronarias.

El porqué.

El hecho de que una quinta parte de la población mundial sea zurda parece ser un mecanismo protector que la naturaleza ha creado en caso de amenaza a su supervivencia.

En el caso de una catástrofe mundial, en que ocurriera la muerte de la mayor parte de los varones, las mujeres diestras sufrirían un conflicto territorial que es vivido como frustración sexual. A nivel orgánico, las mujeres entrarían en amenorrea permanente, afectado el lóbulo temporal izquierdo. Esto representaría un grave peligro para la posibilidad de supervivencia de la especie. En el caso de las mujeres zurdas, al trabajar con el hemisferio derecho, percibirían la pérdida de los varones como pérdida del contenido del territorio, activando la zona temporal del hemisferio derecho. Si bien es la zona de las arterias coronarias, éstas no generarían lesiones ya que los niveles hormonales de la mujer sólo alcanzarían para producir una leve angina de pecho. Podrían también generar como respuesta mental una hiperactividad sexual, pero habitualmente harían un cuadro depresivo como conducta de hibernación a la espera de tiempos mejores.

Si la catástrofe provocara la desaparición de las mujeres, los machos diestros harían úlceras en las arterias coronarias y esto los llevaría a la muerte. Los machos zurdos, en cambio, vivirían el

conflicto territorial con el hemisferio femenino (el izquierdo), generando actividades maníacas con la intención femenina de recuperación del territorio.

Las dominancias.

Podemos ahora decir que existen tres tipos de dominancia cerebral:

1) *De las vivencias masculinas y femeninas.*

Este tipo de dominancia sólo afecta a la corteza cerebral hormonodependiente. Se trata de la forma de percibir el concepto moderno de territorialidad. El hombre lo hace como “lo que me pertenece”; la mujer como “a lo que pertenezco”. La mujer también reacciona como “lo que me pertenece” ante el concepto de territorio primitivo (la cría). Estamos hablando de las dominancias y esto no niega que los hombres tengan vivencias femeninas o las mujeres, vivencias masculinas.

Este tipo de dominancia hace que el hombre diestro perciba los conflictos en la corteza derecha y la mujer diestra en la corteza izquierda. Esta relación se cruza en los zurdos (exclusivamente la relación entre la psiquis y el cerebro, no la relación cerebro-órgano que continúa fija). Es decir, la mujer zurda percibe los conflictos corticales en el hemisferio derecho y el hombre zurdo en el hemisferio izquierdo.

Este tipo de dominancia está influenciada por los niveles hormonales, quienes pueden actuar produciendo un cambio en la dominancia cerebral con las consecuencias ya vistas (la ingesta de anticonceptivos puede provocar esta alteración).

2) *De las referencias espaciales en las interacciones con los otros.*

En los diestros, las relaciones co-sanguíneas se expresan en la parte izquierda del cuerpo y las relaciones no co-sanguíneas lo hacen en la parte derecha del cuerpo. Estas relaciones están cruzadas en los zurdos. Un conflicto de separación de la pareja podrá provocar en una mujer diestra una respuesta de su mama derecha. En cambio, si el conflicto es con su hijo, afectará la mama izquierda.

Este tipo de dominancia no está influenciada ni por el sexo ni por los niveles hormonales. Tanto los hombres como las mujeres reaccionarán con su lado derecho ante conflictos laborales o de pareja (siempre que sean diestros).

3) *De las funciones de los sentidos y de la habilidad neuromuscular.*

El ejemplo más claro es la ubicación del área del habla. Domina el hemisferio izquierdo en los diestros y el hemisferio derecho en los zurdos. No depende del sexo ni de los niveles hormonales.

Las constelaciones.

Cuando un sujeto ha vivido un conflicto y aún no lo ha resuelto, puede ocurrir que sufra otro del mismo contenido. Este nuevo FH no afectará la misma área ni el mismo hemisferio (podríamos decir que ya están ocupados por el conflicto anterior), sino el área paralela del hemisferio contralateral. Este fenómeno es llamado “constelación cerebral” por Hamer y sólo puede ocurrir en la corteza motora y en la corteza hormonodependiente. Nunca ocurre en la corteza sensorial (conflictos de separación) ni en el cerebelo (conflictos de territorio arcaico). En estas últimas zonas, ante la presencia de conflictos de igual contenido, se establecen FH en áreas vecinas del mismo hemisferio. Allí solo pueden ocurrir constelaciones (afectación de áreas paralelas de ambos hemisferios) cuando los conflictos son de contenido distinto.

Para aclarar esto demos un ejemplo. En la corteza hormonodependiente, cuando hay un conflicto que afecta a los bronquios (zona fronto temporal derecha) es porque hay una vivencia de invasión de territorio. Esta vivencia puede estar activa o latente pero, al no resolverse, ocupa el espacio que ordena al tejido bronquial. Si en esos momentos la persona experimenta otra

amenaza de territorio, el conflicto no encuentra espacio para resolverse en la zona fronto temporal derecha y lo hace en la zona fronto temporal izquierda, quedando afectada de esa forma la laringe. A esta constelación bronquio-laringea puede corresponder un estado asmático o un cuadro mental de levitación o alucinación post-mortal. Para que esta constelación ocurra en la corteza sensorial, el contenido del conflicto debe ser distinto. Si una mujer diestra sufre un conflicto de separación con su pareja, va a quedar afectada su mama derecha y el FH va a ocupar la corteza sensorial izquierda. Si sufre un nuevo conflicto con su marido o en el trabajo o con una amiga, la mama derecha seguirá siendo la afectada y los FH ocuparán más espacio en la corteza sensorial izquierda. Sólo quedará afectada la corteza sensorial derecha si esa mujer sufre un nuevo conflicto de separación con alguien de su propia sangre (hijos o padres), y en ese caso los conductos galactóferos de la mama izquierda serán los afectados.

El congelamiento

Cuando los dos hemisferios cerebrales están afectados por un FH, se produce un fenómeno que Hamer llama constelación esquizofrénica. Mientras hubo un hemisferio bloqueado por un conflicto, la persona trabaja con el hemisferio no dominante. Esto se caracteriza por una pérdida de energía vital (la persona no trabaja con su naturaleza). Si la afectada es la corteza hormonodependiente, genera el fenómeno del “lobo secundario”. Podemos decir que éste ha sufrido una castración psíquica que lo lleva a tener vivencia femeninas de la realidad.

En la naturaleza, el lobo primario es aquel que adopta actitudes de líder, se aparea con las hembras, come la presa en primer lugar, marca el territorio de su manada y lo defiende ante cualquier amenaza. Este concepto, en la civilización actual, está sumamente alterado. El hombre moderno no tiene vivencias de territorio muy arraigadas y la mujer ha tenido que ocupar espacios que simplemente han sido abandonados por el hombre.

Durante toda la vida del individuo, la dominancia cerebral puede pasar de un hemisferio a otro en forma periódica y experimentar vivencias masculinas o femeninas, tanto hombre como mujer.

Si un conflicto se repite con insistencia pero con una intensidad que no alcanza a generar la respuesta adaptativa que llamamos enfermedad física, ese hemisferio ya no tiene “espacio” para trabajar con ese conflicto. Podemos decir que está “bloqueado”. Es así como el hemisferio contralateral pasa a tener la dominancia de la vivencia de la realidad. Como decíamos antes, esto genera un cansancio y una pérdida de la energía vital que es típica de estas personas bloqueadas en su hemisferio natural.

Cuando los conflictos se siguen repitiendo, llega un momento que el hemisferio contralateral también queda ocupado y ya no puede responder. Es aquí donde estamos en presencia del “loco”. Él recupera su energía. Es conocida la fuerza “sobrenatural” que experimentan estas personas. Es conocido también la escasísima incidencia de cáncer en los llamados esquizofrénicos.

Si bien éste es el “límite” del cerebro, hay toda una modalidad intermedia que busca “congelar” al conflicto para no llegar a ese límite y a la vez no producir o disminuir la repercusión orgánica del conflicto. El mayor representante de esta modalidad es la depresión, a la que debemos comenzar a tratar con una prudencia desconocida. Su instalación en la vida de un individuo genera un mecanismo protector que nunca debe ser desmantelado sin antes conocerlo. La depresión no sólo necesita la presencia de conflictos simultáneos (patt hemisférico), sino una igualación hormonal que, a nivel cerebral, produce vivencias alteradas de la realidad. Creemos que tratar este síndrome con inhibidores de la recaptación de la serotonina, sin tener en cuenta ni los conflictos no resueltos ni los desequilibrios hormonales, es, cuanto menos, peligroso.

Debemos comenzar a re-pensar a todos los llamados “síntomas mentales”, también desde el punto de vista biológico y no sólo desde el punto de vista psicológico. Creemos que desde la medicina psicobiológica podremos encontrar una alternativa posible para un tratamiento que contemple también el “pensamiento evolutivo”.

Pensamos que los síntomas mentales son un “congelamiento a la espera de tiempos mejores” que no deben ser simplemente eliminados, sino profundamente integrados a la actividad conflictiva personal, familiar y social del individuo.

La sexualidad.

Cuando los conflictos afectan a la corteza hormonodependiente antes de la estabilización hormonal post-puberal, pueden ocurrir diversas situaciones.

- 1) un varón diestro, que sufra conflictos de territorio permanentemente activos o repetidos, actuará con el hemisferio no dominante (femenino) y tendrá expresiones de sometimiento en su conducta. A él lo llamamos “homosexual femenino” (aunque también podrá hacer depresión, manías o comportamiento ciclotímico).
- 2) un varón zurdo, ante la misma situación, sufrirá una castración psíquica de su hemisferio dominante (el izquierdo) y al actuar con el hemisferio derecho tendrá expresiones dominantes en su conducta. Lo llamamos “homosexual masculino”.
- 3) una mujer diestra vive los conflictos de territorio como una frustración de su sexualidad y si se repiten o vuelven crónicos, bloquea el hemisferio izquierdo y trabaja con el derecho, teniendo expresiones dominantes en su conducta. “Homosexual masculinizada” es la denominación que le damos.
- 4) Una mujer zurda, ante la misma situación, actuará con el hemisferio izquierdo y tendrá expresiones de dominada en su conducta. La denominamos “homosexual femenina”.

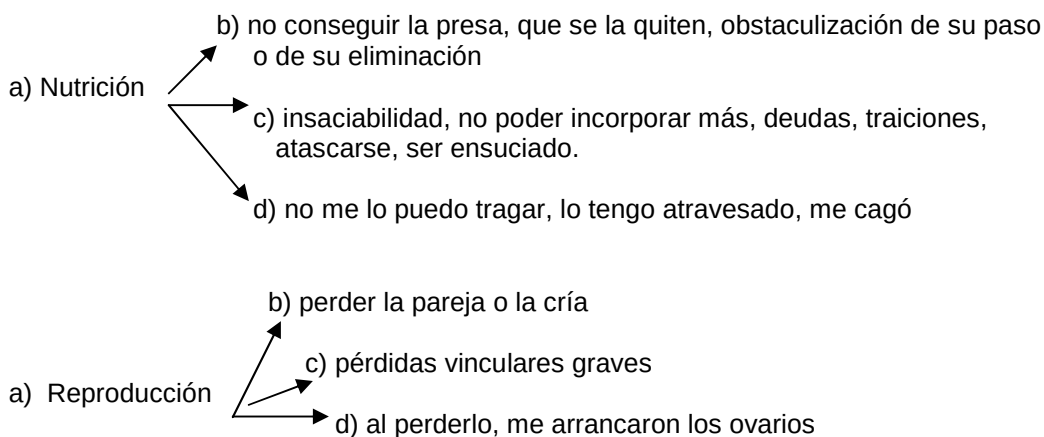
Si se han establecido estos patrones sexuales, las vivencias de la realidad serán homosexuales, aún cuando las elecciones de objeto sean heterosexuales. Podemos considerar a estas castraciones psíquicas como verdaderas constelaciones cerebrales con la misma finalidad protectora que la depresión y los síntomas mentales.

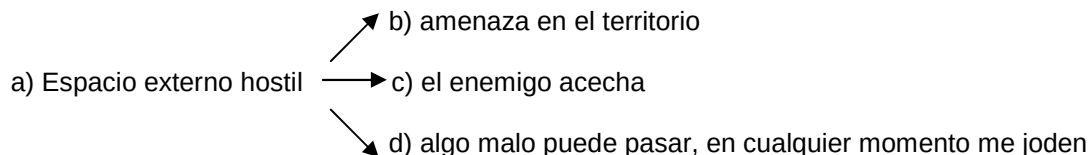
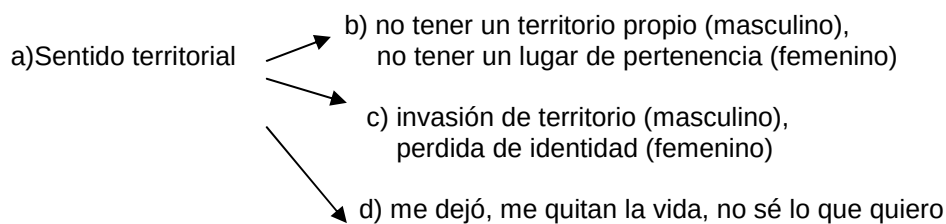
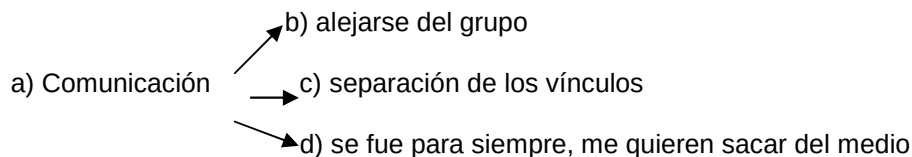
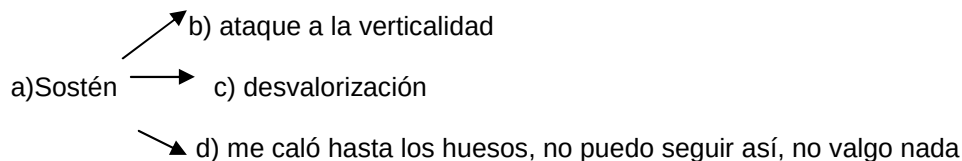
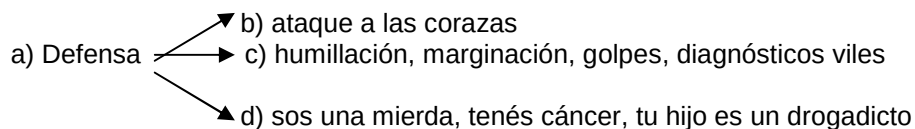
El objetivo de las constelaciones.

Cuando hablamos de la quinta ley, nos acercamos al concepto de metáfora psicobiológica. Según DuMarsais, la metáfora es una figura por medio de la cual se transporta el significado de una palabra a otro que la compara mentalmente.

Hemos visto que la necesidad biológica (de nutrición, comunicación, etc.) era transportada a una demanda psicobiológica. También vimos el papel algo semejante de la palabra en esta sustitución, pero no idéntico.

Esquemáticamente, podemos proponer: a) la necesidad biológica; b) el conflicto que surge ante su insatisfacción; c) la metáfora psicobiológica, y d) las palabras-transporte, (ver el siguiente cuadro).





Es indudable que las palabras-frase transporte pueden ser innumerables y adaptarse a cada individuo y a su historia familiar y social.

Lo que queremos destacar de la metáfora psicobiologica es el transporte del significado a través de una semejanza de dos vertientes: 1) el sujeto, 2) el órgano. Este tema ya lo hemos desarrollado en el capítulo "Un aporte a la teoría del origen del cáncer". Recordemos que es a través de la metáfora psicobiologica que puede surgir en un sujeto la enfermedad, sin que exista insatisfacción de una necesidad biológica. Y recordemos, también, que existe un discurso del cáncer que necesita de un cerebro preverbal y de un cerebro verbal.

La metonimia.

Al igual que usamos la metáfora como una figura posible para entender la activación de un programa cerebral de adaptación (cáncer) ante una insatisfacción, que no es puramente del campo

de la necesidad, trataremos de usar la figura de la metonimia para entender algunos de los síntomas mentales que hemos estudiado. Según Littré, la metonimia es una figura por medio de la cual se coloca una palabra en lugar de otra, cuyo significado da a entender. Aquí, más que transporte de significado, hay un desplazamiento del significante.

Hay un tipo especial de metonimia que es la sinécdoque, en la cual una palabra que tiene un sentido particular adquiere un sentido más general. Nos parece apropiado esta figura para explicar los síntomas mentales. Éstos pueden ocurrir por verdaderas constelaciones (patt hemisférico) o por combinaciones de conflictos que determinan particulares formas de expresiones en la personalidad. Se trataría de compensaciones metonímicas a la metáfora psicobiológica, que se constituiría en un impedimento para la expresión física de ésta última. No siempre lo logran pero su objetivo es disminuir la repercusión orgánica del conflicto, congelando al individuo en su estado evolutivo actual.

Estamos acercándonos a una maniobra de la inteligencia de la naturaleza, que al igual que la depresión, no debe ser desactivada sin antes resolver el conflicto. **Es por eso que definimos a la metonimia psíquica como un intento de compensación de la metáfora psicobiológica.**

Esquemáticamente, podemos decir:

Metáfora psicobiológica del conflicto de Nutrición: **Insaciabilidad**

Metonimia psíquica del conflicto de Nutrición: **Delirios de pobreza.**

Metáfora psicobiológica del conflicto de Reproducción: **Pérdida.**

Metonimia psíquica del conflicto de Reproducción: **Conductas de autosacrificio.**

Metáfora psicobiológica del conflicto de Defensa: **Humillación.**

Metonimia psíquica del conflicto de Defensa: **Conductas de quemado emocional.**

Metáfora psicobiológica del conflicto de Sostén: **Desvalorización.**

Metonimia psíquica del conflicto de Sostén: **Megalomanía.**

Metáfora psicobiológica del conflicto de Comunicación: **Separación.**

Metonimia psíquica del conflicto de Comunicación: **Desorientación temporoespacial.**

Metáfora psicobiológica del conflicto de Sentido territorial masculino: **Invasión de territorio.**

Metonimia psíquica del conflicto de Sentido territorial masculino: **Agresividad.**

Metáfora psicobiológica del conflicto de Sentido territorial femenino: **Pérdida de identidad.**

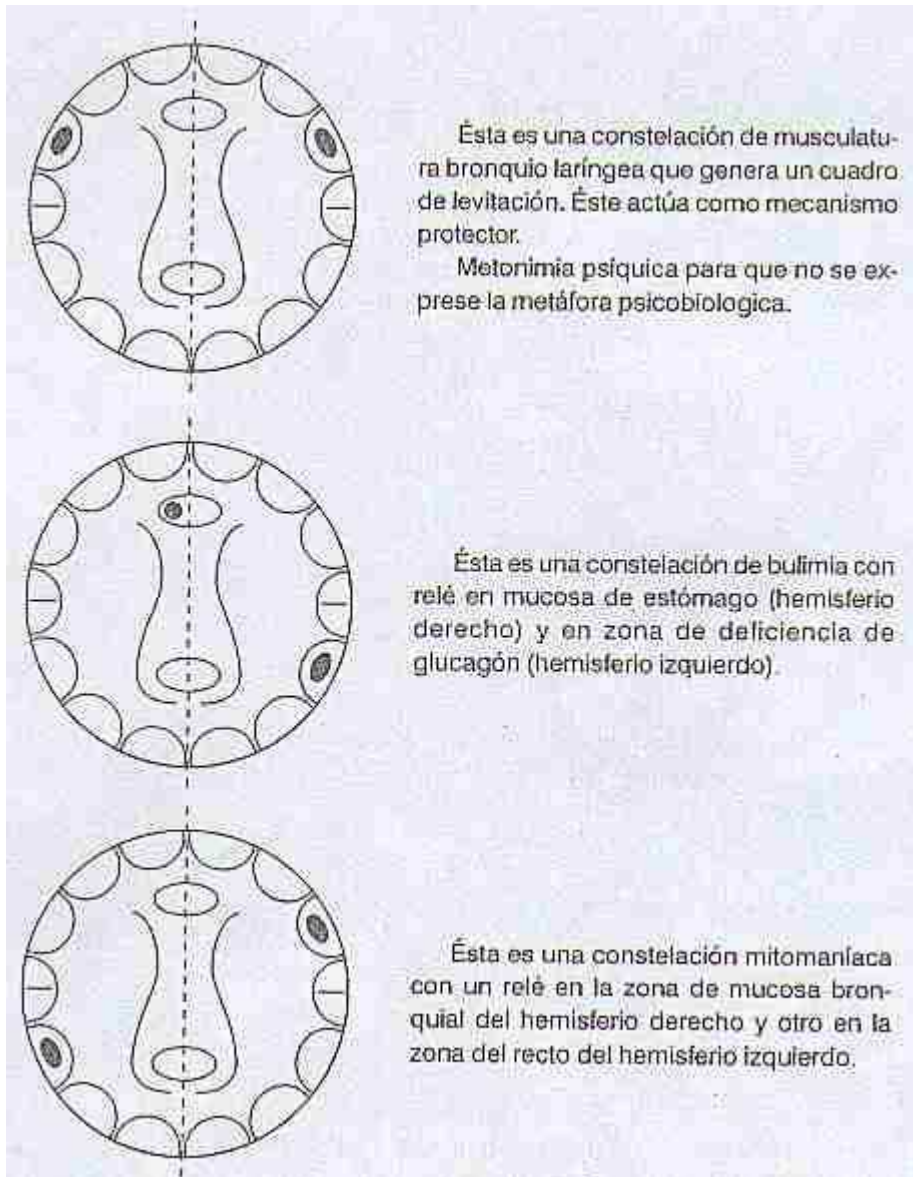
Metonimia psíquica del conflicto de Sentido territorial femenino: **Sentimiento de abandono.**

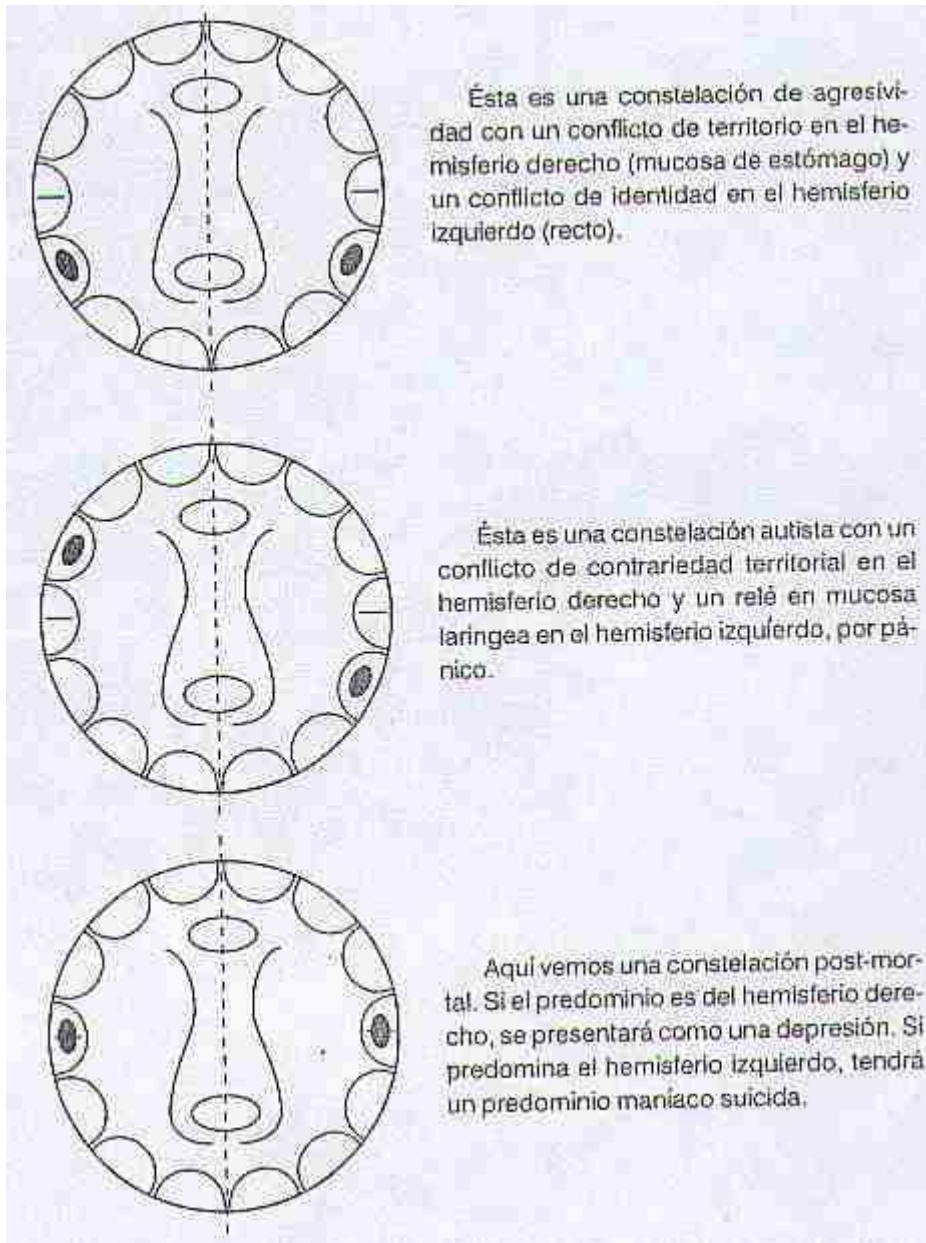
Metáfora psicobiológica del conflicto de Hostilidad territorial: **Miedo en la nuca.**

Metonimia psíquica del conflicto de Hostilidad territorial: **Ataques de pánico.**

Tanto la metáfora como la metonimia, intentan acercarnos al concepto de “doble” o de “sombra” en la tensión bipolar que nos define como personas. Es necesario comenzar a integrar esta polaridades en lugar de eliminarlas o negarlas, tal como la hemos abordado en el capítulo “La cuarta respuesta”.

Existen además, algunas constelaciones que nombraremos y cuyos comentarios y gráficos exponemos.





CAPITULO XIII

EL CANCER

“La enfermedad es la escritura en la carne de la historia de un individuo, interactuando en el cerebro moderno y el cerebro primitivo a través de la palabra.”
Dr. Fernando Callejón.

Concepto

Se puede decir que la enfermedad conocida como cáncer se refiere al crecimiento tisular (tejido) provocado por la proliferación continua de células anormales, con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

El cáncer puede originarse a partir de cualquier tipo de células en cualquier tejido corporal; no se trata de una enfermedad única sino de un conjunto de enfermedades asociadas entre sí, que se clasifican en función del tejido y la célula de origen.

Habrán tantos tipos de cáncer como expresiones celulares y de tejidos existen en el organismo humano.

Incidencia

El cáncer es la segunda causa de muerte en los adultos en el mundo occidental. Integra una de las llamadas enfermedades mortales “cuatro c”: coronariopatías, cáncer, cerebrovasculares y carretera. También es la principal causa de muerte en niños de uno a catorce años.

Generalmente la incidencia variará según el área geográfica, la edad, el sexo y hábitos (alimenticios por ejemplo).

Si tomamos en cuenta a Europa y Estados Unidos, la mayor mortalidad por cáncer se distribuye de la siguiente manera: en primer lugar, cáncer de pulmón en ambos sexos, y en segundo el cáncer colorrectal, también en ambos sexos.

Se puede decir que en la mujer la causa de muerte por cáncer también es elevada y la incidencia por órgano es en mama y útero. En el hombre también es elevada la incidencia, en particular en pulmón, al que le siguen la próstata y el estómago.

Biología de la enfermedad cancerosa

Desde la medicina habitual (convencional y ortodoxa), el desarrollo de la enfermedad cancerosa es definida de la siguiente manera:

1.- Anarquía celular:

Hay un crecimiento anárquico, porque las células escapan al control y voluntad que en condiciones normales rige el crecimiento celular

2.- Clonalidad:

El cáncer se originaría a partir de una única célula progenitora que prolifera y da lugar a un clon de células malignas.

3.- Anaplasia e indiferenciación celular:

Las células cancerosas en su evolución, crecimiento y desarrollo se alejan completamente de la célula diferenciada próxima y normal del órgano donde nace.

4.- Metástasis:

Concepto que no se adapta hoy a la realidad biológica del comportamiento celular, ya que el concepto de metástasis fue introducido hace casi 160 años por Virchow, quien describe un fenómeno clínico que hasta entonces no podía explicarse y es que en teoría, según la opinión actual, las células cancerosas de algún órgano, en su proceso de desarrollo, indiferenciación, anarquía y crecimiento, no sólo penetrarían o invadirían tejidos, sino que se trasladarían cómodamente por el torrente sanguíneo y se alojarían en cualquier órgano en particular, donde luego se desarrollaría un segundo o tercer cáncer, hijo del primitivo. En este caso decimos, por ejemplo, que el cáncer de mama de metástasis en el hueso y el de colon en el hígado. Ahora resulta que hasta el día de hoy, la medicina habitual y convencional no puede dar una explicación científica a dicho proceso. Expresado de otra manera: hoy se cree y acepta dogmáticamente que las células cancerosas invaden el torrente sanguíneo y los vasos linfáticos y se alojan caprichosamente en órganos blancos de ese secundarismo; así por ejemplo, se dice que la persona que tiene un cáncer de próstata, en cualquier momento desarrolla metástasis óseas, lo mismo que si se trata de un melanoma (cáncer de piel), el lugar de la metástasis sería en hígado o el pulmón.

En una época se enseñaba que el gen del cáncer mamario tenía dos expresiones: músculo-esquelética o panvisceral, de manera que muchas mujeres desarrollaban inicialmente la metástasis en la piel, ganglios o hueso y en segundo término en algún otro órgano visceral como el hígado o el pulmón.

Es verdad que una persona con cáncer de mama puede tener otras lesiones orgánicas, por ejemplo en el hígado, pero lo que ocurre es que se ha producido otro tipo de conflicto psicobiológico que, asociado a su patología de base, se ha expresado en el hígado.

Para entenderlo mejor diríamos que embriológicamente el tejido mamario es de origen mesodérmico, mientras que el hígado es de origen endodérmico.

La pregunta es:

¿Cómo una línea celular de una hoja embriológica pasa a otra como si nada?

El Dr. Vicente Herrera ha tratado de dar una explicación muy interesante al respecto. Nosotros adherimos a su opinión y tomando en consideración sus investigaciones podemos inferir conjuntamente con él, que: “Resulta difícil aceptar que la extensión a distancia de un tumor es posible después de muchos años de haber estado intervenido quirúrgicamente, no haber recidivado localmente ni regionalmente, y después de haber recibido el tratamiento antitumoral correspondiente. Si la conducta terapéutica frente a un cánceres tratarlo con cirugía, quimioterapia, tratamiento radiante, hormonoterapia, etc., no se puede entender cómo es posible que luego de quince, veinte ó más años de haber extirpado el cáncer primitivo, se desarrollan las llamadas metástasis.”

Frente a ello se habla de varias hipótesis:

1) La inmortalidad de la célula cancerosa, que es capaz de soportar todos los tratamientos agresivos (que muchas veces producen un gran deterioro en el paciente) y que logran sobrevivir durante muchos años, a pesar de que la célula en permanente duplicación no supera los 120 días de vida, como lo es el glóbulo rojo.

2) El poder agresivo y penetrante de las células cancerosas en el torrente sanguíneo. Para aceptar esta breve, simple y dogmática explicación, tenemos que pensar en:

a) Teoría de las micrometástasis con sus células en la fase de latencia mitótica (como si estuvieran dormidas, pero que en un momento determinado se despiertan por depresiones del sistema inmune) ya que, cuando se efectúa el diagnóstico, el tamaño alcanzado de la neoplasia -hija- sólo se explica si ha estado un tiempo de latencia (G0).

b) Teoría del acantonamiento de las células en los vasos sanguíneos, que se desprenden después de un tiempo de estar insertas o pegadas en sus paredes. Es como si las células cancerosas estuvieran esperando el momento oportuno para introducirse en el torrente sanguíneo

Siguiendo el concepto actual de las teorías de la metástasis, para que dicho proceso ocurra, es decir, que una célula hija de un tumor primitivo se instale caprichosamente en otro órgano receptor, deben presentarse ciertas consideraciones. A saber:

Atravesar las cápsulas o membranas basales de su órgano emisor.
 Superar la capa endotelial de los capilares venosos.
 Irrumpir en el torrente sanguíneo.
 Soportar los ataques de las células inmunes, con los linfocitos matadores o *natural killers* (células NK) en primera línea.
 Alcanzar el corazón derecho y no quedar depositadas en su seno.
 Pasar el “filtro” de los pulmones (aquí sin embargo pueden depositarse teóricamente desarrollarse las metástasis pulmonares).
 Entrar en el corazón izquierdo.
 Alcanzar otra vez el torrente arterial.
 Soportar de nuevo los ímpetus y agresiones de las células inmunes.
 Atravesar la capa endotelial de los capilares arteriales.
 Coexistir con las células del nuevo órgano.
 Evitar la opresión y el ataque de la células inmunes.

Además, en este largo peregrinaje, las células cancerosas han evitado territorios muy vascularizados como la musculatura, ya que escasamente se observan “metástasis” en los músculos, sean de estructura corporal o cardíaca.

Si a todo ello le agregamos que muchos de estos cánceres han “recibido su merecido” como los esquemas agresivos de poliquimioterápicos, los fuertes protocolos de terapia radiante (acelerador lineal, braquiterapia, etc.) y la cirugía extirpativa (antes o después), no se puede entender cómo luego de los tratamientos de limpieza celular una célula puede sobrevivir a semejantes agresiones.

Uno podría dar una explicación a estos fenómenos celulares y diría que en nuestro organismo existen:

- 1) *Células viajeras*: que recorren todo el cuerpo, seleccionando órganos blancos.
- 2) *Células dormidas*: a la espera de algún factor (¿El Príncipe valiente? Que las despierte).
- 3) *Células esquina*: acantonadas en las encrucijadas y recoletos de los vasos sanguíneos, y desprendidas (se desconoce por qué mecanismo).
- 4) *Células pulgas*: que saltan de filtro a filtro (de hígado a pulmón y de pulmón a cerebro), en la hipótesis de diseminación en cascada.
- 5) *Células salmón*: que tienen que remontar el flujo linfático (como los peces que deshuevan en la cabecera de sus ríos maternos), tal como sucede en las metástasis vertebrales del cáncer de mama y próstata, en los que la única vía anatómica que justifica esos recorridos es la linfática (por un recorrido retrógrado o a contracorriente del flujo linfático).
- 6) *Las supercélulas*: es pensar y decir que las células cancerosas tienen una gran resistencia a la quimioterapia de distintas líneas (primera, segunda, tercera, etc.) pero, paradójicamente, no resisten el oxígeno presente en órganos que requieren una concentración un poco más elevada del resto, como la musculatura. Esa es la única explicación lógica del motivo por el cual no existen metástasis en los músculos, pues éstos están extremadamente vascularizados, y cabría esperar el depósito de algunas de estas células.

En la actualidad podemos decir que se está investigando este gran misterio de las metástasis y no hay una conclusión firme y convincente sobre por qué un cáncer de mama puede metastatizar en el hueso y uno de colon en el hígado. Hay muchas teorías sin ninguna demostración real de que dichos acontecimientos se cumplan siempre. Aún no está dicha la última palabra, ya que la medicina habitual y convencional continúa buscando una explicación a dicho fenómeno oncológico. Desde la medicina psicobiológica entendemos que el desarrollo de una nueva lesión en un paciente con un diagnóstico de cáncer inicial se produce a través de un nuevo conflicto psicobiológico. Para ello se deberán entender las características del mismo y se deberá saber

cómo abordar a un paciente a partir del momento del diagnóstico, tratando de evitar la aparición de la segunda enfermedad o nueva lesión metastásica.

Tumor

Muchos cánceres forman tumores, pero no todos los tumores son cancerosos o malignos; la mayor parte son benignos, ya que pocas veces ponen en peligro la salud.

Se dice que los tumores benignos tienen un crecimiento localizado y lento; suelen estar envueltos en una cápsula que los separa del tejido vecino y son por lo tanto de fácil extirpación. Suelen provocar obstrucciones, compresión y a veces desplazamiento de estructuras vecinas. Por ejemplo: en el cerebro, el útero y el colon se detectan tumores.

Factores de riesgo en cáncer:

La medicina habitual y convencional sostiene que existen factores de riesgo en la aparición de muchos cánceres. Todo se basa en la observación y asociación casual volcados en planillas estadísticas y haciendo en algunos casos el seguimiento, así como estudios experimentales, para establecer que tal sustancia o tal hábito puede provocar o provoca tal cáncer. Son estudios muy importantes, pero no siempre ocurre que una persona que fuma durante cincuenta años muera de cáncer de pulmón como está previsto en los factores de riesgo. Nadie descalifica estos estudios, pero a dichos factores hay que agregar la actitud mental y/o psicológica del individuo en su entorno social.

Se dice entonces que:

El tabaquismo

El alcohol

La alimentación y/o ingestión de determinadas sustancias con los alimentos

Las hormonas

Los rayos solares (factores de riesgo ambiental)

Las radiaciones iónicas

La herencia

Determinadas profesiones y/o exposiciones

Algunas sustancias químicas cancerígenas

Agentes biológicos, como los virus de una u otra manera facilitan, promueven y contribuyen a que una persona desarrolle un cáncer.

Creemos que nadie se puede adjudicar la verdad absoluta en esta enfermedad, ya que hay situaciones que no se pueden negar y que, producidas en la vida cotidiana, de alguna manera contribuyen a la aparición del cáncer.

El ser humano es un todo, una unidad indivisible: psiquis, cerebro y órgano. Es cierto que el motivo de consulta es por la afección de un determinado órgano o tejido, que el día menos pensado comenzó a alterarse y creció de manera tal que fue necesaria la consulta médica.

Para la mejor comprensión de la biología celular en el cáncer se debe admitir la participación cerebral, conflictiva y afectiva que vive el individuo en pleno proceso de enfermedad. En otras palabras, es importante realizar un abordaje integral del paciente.

CAPITULO XIV

ESTADISTICAS DE CANCER SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE ARGENTINA

“La ciencia tiene por objeto, no solo acumular información sobre ella e inventariarla, sino también explicarla y comprenderla.”
Abraan Sonis, Alfredo Rabinovich

Los datos oficiales.

El presente trabajo es una recopilación parcial de la información que sobre estadísticas del cáncer de la Republica Argentina tiene el Ministerio de Salud Pública, obtenida en la página web de dicha institución.

En 1987, en un amplio intercambio de ideas entre el entonces Ministro de Salud Pública, doctor Conrado Storani, y un grupo representativo de diversas organizaciones científicas oncológicas, se establecieron las bases de un Programa de Control del Cáncer en nuestro territorio, que culminó con un proyecto bien elaborado, aprobado luego por el Parlamento y convertido en la Ley 25611, sancionada el 28 de Septiembre de 1988 y promulgada el 20 de Octubre del mismo año. En su contenido se establece que es de “interés nacional” la lucha contra el cáncer y la creación del Instituto Nacional de Oncología, para elaborar y ejecutar todas las medidas necesarias para el mejor cumplimiento de todos los objetivos previstos, tanto en el orden asistencial como en el investigativo. Lamentablemente esa ley nunca entró en vigencia.

Argentina resumida en cifras

-Según la Asociación Argentina de Cáncer, se detectan 130 casos de cáncer por día, lo que representa alrededor de 100.000 a 120.000 casos por año.

-En 1995 murieron 50.000 personas, dos o tres años antes las muertes eran 48.000.

-Sólo un 30% de los enfermos alcanza la curación.

-El 50% de los tumores aparece a partir de los 60 años.

-Se registran 15.000 nuevos casos por año de cáncer de mama. Las muertes por este mal llegan a los 4.000. La proporción dice que 1 de cada 9 argentinas padecerá en algún momento de sus vidas esta enfermedad.

-En la Argentina el porcentaje de mujeres que se practican mamografías anualmente es del 30% en la edad de riesgo.

-De cada 130 personas tomadas al azar, una enfermará de cáncer de piel (melanoma). Hace 20 años era una de cada 300.

Cáncer infantil.

Según el Hospital Gutiérrez de Buenos Aires, Capital Federal, se diagnostican 1500 casos nuevos de cáncer pediátrico por año. El 80% de los nenes que deben tratarse no tienen cobertura médica y solo el 30% vive en la capital.

Los tratamientos duran un año si son tumores sólidos y hasta dos años en el caso de las leucemias. Como en estos casos abordar el tratamiento de muerte, la responsabilidad de las familias es enorme.

El nuevo pabellón oncológico costó un millón de pesos y se pudo construir gracias al aporte de empresas, de padres de chicos con cáncer y de ciudadanos en general. La Municipalidad no aportó un centavo.

Un tratamiento cuesta entre 15 y 20 mil pesos y solo el Hospital público lo puede brindar en forma apropiada.

El 40 % de los casos son leucemias o linfomas, el 20% de los tumores afecta el sistema nervioso central el 40% restante está constituido por, cánceres de piel, ojos y huesos. “En el caso de las leucemias, si se detecta de manera temprana, la posibilidad de curación se eleva en algunos casos al 95 %”, explicó el Dr. Pedro Bustello del Servicio de Oncología del Hospital Ricardo Gutiérrez, quien recibe 9.500 consultas por año en su servicio.

Instituciones en la Argentina

Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC)

Según Zulma Bocca, titular de la Institución que acaba de cumplir 75 años, “El cáncer es una enfermedad que se puede curar si se detecta precozmente, con un porcentaje de cura que en la actualidad es del 60%. Podemos decir que se curan 6 de cada 10 enfermos”.

LALCEC se expandió a lo largo de estos años por todo el país. A partir de su sede central en Aráoz N° 2380 Capital Federal, creó 171 filiales en el interior y distintos centros de detección y diagnóstico, como asimismo de rehabilitación y cuidados para pacientes oncológicos.

Fue creada como una entidad de bien público y se financia básicamente con donaciones de aparatología (lo que le ha permitido contar con instrumental de alta complejidad). Con los ingresos de sus consultorios que cobran un pequeño arancel. No hacen tratamientos, pero sí derivan a los servicios de oncología de los distintos hospitales. No obstante cuentan con el Hogar de Tránsito San Francisco, ubicado en Chorroarín 651, que posee 30 camas para pacientes de todo el país que realizan tratamientos ambulatorios, donde pagan 5 pesos por día.

Fundación “Vivir y dar Amor”

En el Hospital Dr. Teodoro Álvarez funciona el Grupo de Autoayuda para pacientes con cáncer “Vivir y Dar Amor”. Según el Dr. Mario Bruno, Jefe del Servicio de Oncología de ese nosocomio y Presidente de Sociedades de Oncología del Mercosur, “el estado anímico tiene una notable incidencia en las terapias, es decir que un paciente con ganas de curarse tiene una excelente tolerancia al tratamiento”.

Fundación Sales

La Fundación Sales, entidad que recauda fondos para financiar la investigación del cáncer en la Argentina, organiza reuniones de auto-cuidado para enfermos de cáncer. Su Director Ejecutivo, Arturo Prins, sostiene que esta enfermedad causa 50.000 muertes por año en la Argentina y que solo un 30% de los enfermos alcanzan la curación (en los países donde se apoya la investigación, se llega al 50%).

Fundación Apostar a la Vida

El cáncer es una enfermedad con alto componente psicosomático, que tratada con la medicina tradicional, aportes de la psicología especializada y los grupos de autoayuda, nos conduce a cambiar hábitos de vida negativos. Al levantar nuestra autoestima curamos el cáncer que ataca la psiquis, recuperamos nuestra dignidad y capacidad de lucha. Por la Fundación Apostar a la Vida

han pasado mas de 3.000 pacientes y en la actualidad concurren semanalmente más de 200 personas.

Un grupo de pacientes oncológicos, coordinados por especialistas, se reúnen en la Fundación Apostar a la Vida para darse ánimo para enfrentar su enfermedad. Las reuniones se realizan en la Sala de Hematología del Hospital Ramos Mejías.

Problemas y carencia

La preocupación de los enfermos de cáncer se acentúa día a día. En el Banco de Drogas Antineoplásicas de Capital Federal frecuentemente faltan los medicamentos, cada uno de los cuales no baja de los mil dólares.

Según Juan Carr, titular de Red Solidaria. A la sede llegan alrededor de dieciocho enfermos oncológicos por semana, para quienes se obtienen medicamentos a través de laboratorios y reparticiones gubernamentales.

La Argentina necesita un plan nacional de lucha contra el cáncer, y éste es un problema de salud pública y de interés nacional por las siguientes razones:

- Se presentan más de 100.000 casos por año.
 - Más de 130 casos fatales por día, muchas veces en la edad productiva del hombre.
- Este problema debe estimarse como una falta en salud pública y es de interés nacional por las siguientes razones:
- Por la frecuente demanda de altas erogaciones en el estudio y tratamiento de esta enfermedad.
 - Por las elevadas inversiones que son necesarias para renovar los equipos destinados a un buen diagnóstico y tratamiento.
 - Por la necesidad de controlar factores de riesgo tales como la contaminación ambiental.

Debería existir un programa nacional de control en el país para coordinar cuatro objetivos fundamentales: 1) la prevención primaria, 2) la detección precoz, 3) los tratamientos multidisciplinarios y 4) la rehabilitación física, moral y social de los pacientes.

Perspectivas en la prevención del Cáncer

Los tumores malignos afectan a una de cada siete personas y una de cada cuatro fallece.

El costo de la enfermedad, anualmente, es de billones de dólares, invertidos en investigación científica, educación médica, educación de la población y en asistencia a los enfermos.

En el 70 a 90% de los casos, el factor principal se encuentra en el medio ambiente, en el aire que respiramos, en el agua que bebemos, en los alimentos que ingerimos.

Los tumores en descendientes de familias con antecedentes de haber tenido neoplasias tienen determinadas características: el promedio de edad en que presenta el tumor en la descendencia es de varios años antes, aún de décadas, al de su presentación clínica en las personas sin antecedentes (por ejemplo, el melanoma en pacientes con antecedentes familiares, se lo halla habitualmente entre los 35 y 40 años, mucho más temprano que en los que carecen de estos antecedentes. Similares diferencias se han descripto en el cáncer de mama, tiroides y colon).

Exógenos	Endógenos
70 al 90%	10 al 30%
Tabaco /alcohol	Genéticos
Radiacion	Familiares
Ocupacionales	Enfermedades inmunodeficientes
Contaminaciones del aire	Lesiones precancerosas
Dietas y Drogas	Tumores múltiples primarios

Hay muchos aspectos para analizar y profundizar sobre este interesante trabajo, que nos permitirán crecer, mejorar la calidad de atención y optimizar esfuerzos conjuntos para ayudar en el proceso diagnóstico y terapéutico a aquellas personas afectadas por el cáncer. Todos podemos ser útiles y ayudar cada uno en forma individual o colectiva en las campañas de información; en otras palabras, apostar a la vida. Las estadísticas sirven como datos para la corrección y el mejoramiento en los planes de atención.

CAPITULO XV

EL SÍNTOMA

“Existen enfermos y no enfermedades.”

HIPÓCRATES

Concepto

Creemos que el síntoma es todo hecho que ocurre como expresión de enfermedad. Los síntomas pueden ser percibidos de dos maneras: objetivos y subjetivos. Es a través de ellos que comprendemos de qué enfermedad se trata.

Síntomas Subjetivos:

Son los síntomas propios que el paciente refiere, y en los que se detecta alteraciones del sensorio, de los afectos, de los conflictos psicobiológicos y que se obtienen de manera espontánea o a través de un exhaustivo interrogatorio. Podemos decir que constituyen, simplemente, lo que relata el paciente durante la entrevista.

Síntomas Objetivos:

Son los que el médico detecta a través de la semiología (examen clínico).

Síntomas Subjetivos / Objetivos:

Muchos síntomas son subjetivos y objetivos de manera simultánea, tales como el vómito, la diarrea, las palpitaciones, las hemorragias, etc.

No confundir los síntomas con signos, que muchas veces van asociados y aparecen anunciando un probable síntoma.

Nosotros evaluaremos el síntoma con otro enfoque y para entenderlo decimos que la presencia de un síntoma se puede evaluar desde tres puntos de vista:

- 1) Síntoma en Clínica Médica: que indica o sugiere la expresión diagnóstica de una enfermedad, sea en su inicio, evolución, desarrollo o complicación de la misma.
- 2) Síntoma en Psiquiatría Médica: Para la Psiquiatría el síntoma no es mas que una expresión orgánica cerebral del paciente, provocado por problemas orgánicos de orden genético y/o hereditarios. Manifiesta que hay un problema orgánico, cuya expresión es el síntoma afectando la conducta del individuo.
- 3) Síntoma en Psicología (Psicoanálisis): En esta disciplina el síntoma es interpretado como una expresión simbólica del inconsciente. No hay componente orgánico sólo neurótico.

¿Por qué es importante el síntoma para la Medicina Psicobiológica?

Porque el síntoma es el que establece el hilo conductor para la exploración y la búsqueda del posible origen de la enfermedad. Se entiende que cuando evaluamos a un paciente, lo que detectamos es un órgano enfermo y que casi siempre es éste el motivo de consulta; vale decir que el paciente acude con su hígado, colon, próstata, mama, vejiga, etc., afectados. Demanda en la consulta un diagnóstico y, en lo posible, un tratamiento para aliviar su afección.

En dicha entrevista debemos explorar y bucear en los diferentes “conflictos o situaciones emocionales fuertes o psicoafectivas” vividas por el paciente con anterioridad, lo que nos ayudará

a ordenar su línea de vida: Situarnos en el ayer, conociendo el hoy y saber qué podría ocurrir mañana.

Cuando interrogamos, mejor dicho, entrevistamos y hablamos con nuestros pacientes, en numerosas oportunidades realizamos un gráfico al que denominamos Línea de Vida (véase gráfico ilustrativo), que en muchos aspectos es parecido a lo que los Homeópatas llaman *patobiografía*, estudiar al individuo en su totalidad, en lo que denominamos presente continuo: ayer, hoy, mañana y siempre.

El síntoma, los factores concurrentes y la entrevista profunda, amplia, sincera y espontánea nos revelaran no sólo el órgano afectado sino las posibles causas que intervinieron para que el mismo se afectara.

Los que tienen una formación Psicológica y Psiquiátrica, pueden integrar e interpretar mas ampliamente los conceptos de la Medicina Psicobiológica y para ello será necesario profundizar sobre las Bases Fundamentales.

Que el paciente exprese con su sintomatología (signos y síntomas), toda su tristeza, angustia o conflicto psicobiológico vivido tiempo atrás, nos pondrá en conocimiento de qué es lo que le sucede al paciente y cómo debemos abordarlo y ayudarlo.

Si pensáramos que el azar, el determinismo biológico, la casualidad, la evolución espontánea determinan en nosotros la aparición de una enfermedad como el cáncer, la esclerosis múltiple, la esclerodermia, el lupus, la retinitis pigmentaria, el vitiligo, la artrosis degenerativa, etc., no tendríamos escapatoria alguna y viviríamos siempre con la preocupación y la obsesión de “cuándo me tocará a mí”.

A través de la Medicina Psicobiológica podemos llegar a comprender juntamente con el Dr. Hamer, que la enfermedad no es mas que el resultado de un proceso de reparación y adaptación nueva y general de un Programa Básico de la madre naturaleza frente a una agresión seria. Dicho programa se expresa a través de signos, síntomas y están inscriptos en nuestra memoria, en nuestro centro de cómputos (Cerebro) desde la ontogenia del ser. Dichas respuestas adaptativas son individuales pero comunes a los seres vivientes; así si un animal es afectado en su territorio, responderá exactamente igual que si fuese un humano el agraviado.

Podemos finalizar diciendo que el síntoma es el elemento cardinal y guía esencial que nos llevará no solo al órgano sino también a la conflictología del paciente. Esa primera entrevista del paciente, muchas veces determinará el futuro y la evolución de su enfermedad. Se deberá tener mucho cuidado en este camino crítico, sobre todo con lo que se dice y cómo se dice.

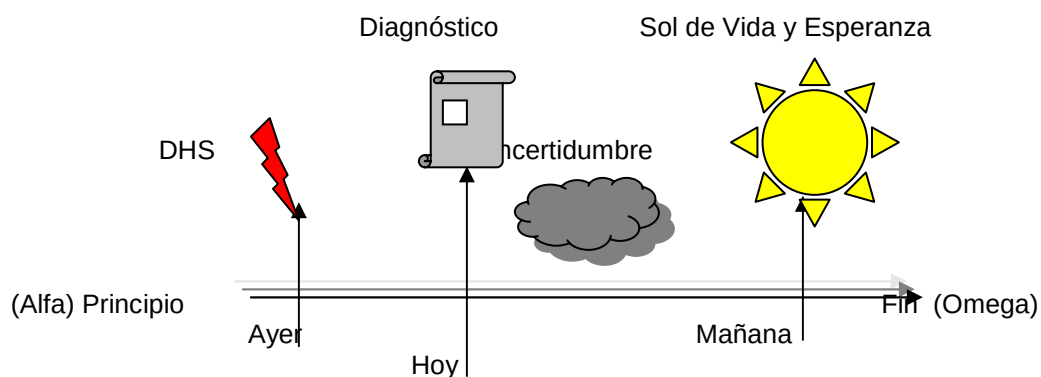


Figura 11

Línea de Vida

Cuando comenzamos a abordar a un paciente, necesariamente orientamos parte del interrogatorio, no sólo para saber su estado clínico actual sino para ver qué le ha ocurrido mucho tiempo atrás, desde lo psicoafectivo, evitando preguntar profundamente para no invadir su intimidad y para que él se exprese en forma libre sobre la relación entre un hecho acontecido tiempo atrás y su situación actual. Trazamos en una hoja blanca, una línea recta que nos permite ubicarnos temporo-espacialmente y es así que surge la llamada *Línea de Vida*, donde ubicamos el tiempo en el *Ayer*, el *Hoy* y el *Mañana*. Por ejemplo, si una paciente con cáncer operado de mama relata como hecho importante una separación afectiva ocurrida tiempo atrás y que ha sido superada, nosotros tenemos el *Ayer* y el *Hoy*, pero sabemos que luego de una cirugía importante, mastectomía total, tratamiento quimioterápico, tratamiento radiante, hormonoterapia antiestrogénica, si la paciente es muy joven, es de entender que podría desarrollar un conflicto serio de desvalorización y en el futuro (*Mañana*) estaríamos frente a lesiones óseas importantes o simplemente un profundo y serio miedo a la muerte, lo cual nos hablará en el tiempo sobre patología pulmonar. De manera que esta guía de Línea de Vida nos es de gran utilidad para el seguimiento de nuestros pacientes.

CAPITULO XVI

TERRITORIO

*“Lo que puedes hacer o sueñas
que puedes hacer, empieza.”*
Goethe.

Definición

Podemos definir como territorio a todo aquello que es nuestro, que hemos adquirido desde el mismo momento de nacer hasta el día de hoy. Un territorio establece una demarcación o límite entre lo que me pertenece y lo que pertenece a otro, de manera que muchas veces puedo sentir:

Pérdida de territorio

Invasión de territorio

Peligro inminente de invasión

Arrebato de territorio

Abandono voluntario o involuntario de territorio

Y todas aquellas situaciones vividas que constituyan una amenaza constante, permanente y sostenida en mi territorio.

En él podemos incluir: bienes materiales, familia, trabajo, ideas, ilusiones y aspiraciones. Muchos de nuestros territorios los hemos adquiridos a lo largo de nuestra vida, otros han sido heredados y otros han llegado a nosotros sin buscarlos.

Si alguien arremete contra un hijo mío, me siento afectado y es ese sentido de pertenencia el que brota y demanda una respuesta. Lo que ocurrirá solo dependerá de la manera cómo viva esa ofensa. La misma puede resolverse rápida y fácilmente, pero si la vivo de una forma conflictiva, espacial y en aislamiento, puedo llegar a construir en mi carne una respuesta biológica que dependerá del colorido del conflicto (el cómo lo vivo), de la magnitud (importancia), del tiempo que dure esa situación y de la forma cómo se resuelva; es decir, podrá aparecer un conflicto psicobiológico con repercusión orgánica. Si con anterioridad viví una situación similar, de inmediato, por sumatoria de conflicto psicobiológico, se pondrá en marcha el relé cerebral y aparecerá sintomáticamente una probable repercusión orgánica relacionada no tanto con la causa que lo produce sino con la manera cómo viva yo dicha ofensa.

Si me arrebataran el trabajo, me suspendieran o despidieran del mismo; si perdiese mi casa (único bien que tengo para vivir) por una deuda hipotecaria; si hallase *in fraganti* a mi esposa con otro; si luego de tanto estudio y curso, no puedo ingresar a la carrera universitaria que desee toda la vida; si jugará al fútbol y me marginarán del plantel; si perdiera una pierna en un accidente, si me tuviera que ir del país a otro lugar que no conozco con personas que nunca vi. En casi todas estas situaciones psicoafectivas muy especiales se ponen de manifiesto la pérdida, la mudanza y la separación, que me llevan a un conflicto serio sobre mi territorio, por acciones sobre mis límites y pertenencias.

El poseer un territorio, simbólicamente siento que éste me da poder o dominio en algo, en alguien, que “hago lo que quiero con mi vida”. El conflicto aparece cuando se afecta ese dominio. La experiencia, el conocimiento y la seguridad afectiva me marcan el camino que debo seguir, esquivando de una u otra manera la aparición de un conflicto psicobiológico que temprano o tarde provocará alguna alteración orgánica o física en mi cuerpo. Luego, muchos excelentes profesionales del arte del curar, los médicos, me diagnosticaran una enfermedad leve, mediana o grave (dependiendo del desarrollo de la misma en mi organismo), que estará relacionada con la magnitud del conflicto vivido.

Cada círculo representa un individuo con lo adquirido y interacciones con otros territorios en la vida cotidiana.

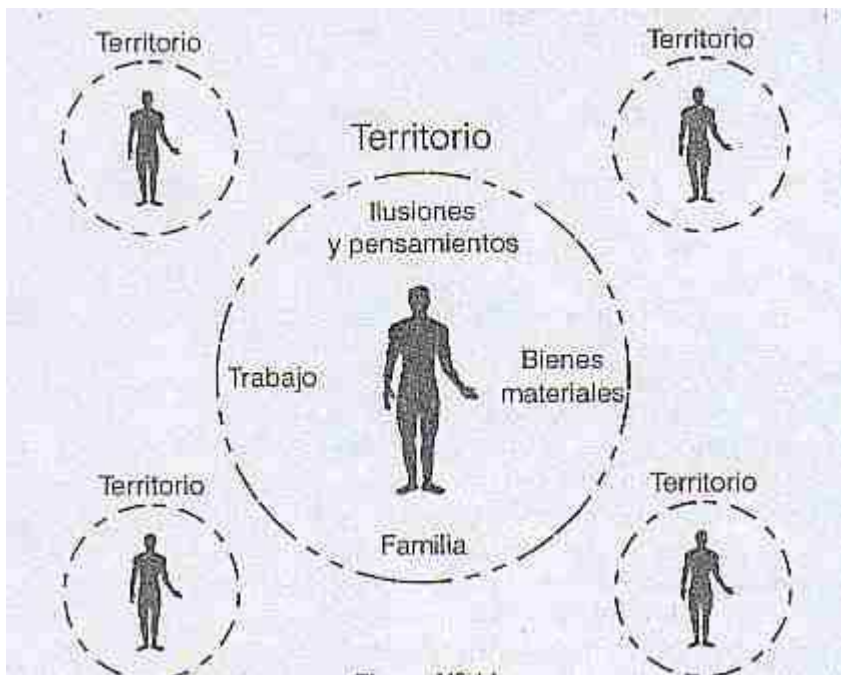


Figura 12

CAPITULO XVII

CARGA TUMORAL

Denominamos Carga Tumoral (CT) a la cantidad de tejido canceroso que se desarrolla en la humanidad de un paciente, visible y detectable por los distintos métodos de valoración diagnóstica: radiología, tomografías, resonancia magnética nuclear, estudios de centellografía, ecografías, etc., (todo lo que sea diagnóstico por imagen), a lo que se agrega la evaluación física mediante la semiología y otros parámetros de laboratorios, como los llamados marcadores tumorales.

Siempre que iniciamos la evaluación física de un paciente debemos establecer lo que se llama diagnóstico de extensión tumoral, es decir, hasta dónde llega la enfermedad, qué órganos están comprometidos, el número de lesiones y el nivel de infiltración y ubicación topográfica dentro del órgano afectado. Ello nos permitirá de antemano tener una aproximación del futuro orgánico del paciente, ya que si tiene comprometido mas del 30% de su metabolismo es probable que tenga muy pocas posibilidades de salir, sobre todo si los afectados son los que denominamos órganos vitales. Aquellos son imprescindibles para la supervivencia del paciente: cerebro, hígado, pulmón, riñón y corazón, metabolismo básico, componente sanguíneo.

Evaluamos el compromiso orgánico desde dos parámetros:

- 1) La superficie del órgano afectado: así por ejemplo hay órganos nobles como el hígado que pueden estar afectados en mas del cincuenta por ciento de su tamaño por ocupación de lesiones orgánicas primitivas (cáncer, tumores, quistes, etc.) y no comprometer su funcionalidad y su capacidad metabólica. En estos casos se puede tener la esperanza de poder revertir en poco tiempo ese proceso orgánico
- 2) El compromiso del funcionamiento de uno, dos o más órganos vitales pondría en riesgo el estado vital del paciente, lo que obliga a realizar su evaluación física exhaustiva , nutriéndose de todos los elementos de valoración diagnóstica.

El compromiso orgánico, tanto en superficie como en funcionamiento, puede darnos una idea cierta de cuáles van ser el comportamiento orgánico, el resultado teórico del tratamiento y el pronóstico del paciente. Así, por ejemplo, si el paciente tiene un compromiso mayor al 30% de su superficie orgánica, es de suponer que el órgano está afectado funcionalmente en esa misma proporción o una mayor.

Vale decir que lo que estamos evaluando en el concepto de carga tumoral es la capacidad metabólica y anabólica en forma natural que pueda tener nuestro paciente antes de aplicar cualquier tratamiento, aún tratándose de algo muy inocuo y natural.

No es conveniente administrar ni aplicar ningún procedimiento y/o tratamiento, salvo situaciones excepcionales de vida o muerte, en aquellos pacientes con una gran carga tumoral. Por ejemplo, en los casos de un hígado total o parcialmente infiltrado, con un gran nivel de insuficiencia, donde los valores de suficiencia están al límite, cualquier medicamento y/o droga citostática que se administre, si la misma es de metabolismo hepático, simplemente va a acentuar la hepatotoxicidad y la toxemia medicamentosa en general, llevando muchas veces a un síndrome hepatorenal medicamentoso , con las consecuencias que ello implica, como el riesgo potencial de provocar complicaciones severas que comprometen la vida del paciente.

Pocas veces nos encontramos con el paciente ideal, es decir, aquél que está física, orgánica y psicológicamente bien, óptimo, ideal para empezar con confianza cualquier tratamiento. La mayoría de las veces vienen a nuestra consulta pacientes con gran carga tumoral, poli tratados, poli medicados, con severo catabolismo por ayuno, con órganos vitales afectados, en estado deplorable, sin fe ni confianza, con dolor, infección y desnutrición, que junto a la desesperanza constituyen la tétrada que caracteriza a un paciente oncológico. Este paciente es difícil de manejar, de medicar, de tratar y muchas veces de curar. No es imposible, pero creemos que es importante la asistencia total con la convicción real de que se debe ayudar y medicar como si

intentáramos curar. La mejor medicina es la que cura; el médico debe echar mano de todos los elementos que tiene en su disposición y la buena intención, la fe, la esperanza, la seguridad y confianza que necesita nuestro paciente altamente comprometido, deben ser una constante en el arte de curar. Muchas veces un abrazo, un beso, un gesto o un cariño, logra mas efecto que diez analgésicos y tranquilizantes juntos. Nuestro gran desafío es la propuesta de vida que podamos llevarle a nuestros pacientes, aún en aquellos casos en lo que se trate de darle un buen morir. Nada debe detenernos en el amor y en el hacer profesional; tocar un paciente, saludarlo afectuosamente, medicarlo con lo que corresponda en el momento oportuno, oírle su queja, su lamento, su tristeza, su desesperanza, ayuda mucho para aliviarlo de esa gran carga tumoral, que muchas veces se asocia a la gran carga emotiva y psicológica de dolor e incertidumbre que inunda la vida de nuestros amados pacientes.

Vale decir, que para lograr el éxito terapéutico, debemos abordar adecuadamente a nuestro paciente, intentando revertir el catabolismo prolongado por un buen anabolismo sostenido, calmando los dolores, mejorando sus infecciones, facilitando que tenga una buena cantidad de horas de descanso nocturno. A través de nuestra práctica podemos acentuar la confianza y la esperanza de que todo será para su bienestar y mejoría.

CAPÍTULO XVIII

ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE LA RELACIÓN PSIQUE-CEREBRO-ÓRGANO

“No mires hacia atrás con ira ni hacia delante con miedo, sino a tu alrededor con atención.”
James Thurker.

El presente trabajo revisa los antecedentes históricos de quienes a principio del siglo XX se planteaban con mucha crudeza y realidad la necesidad de darle importancia a la asociación psíquico y órgano, en el desarrollo de lo que llamamos enfermedad. A continuación transcribimos el artículo publicado en 1890 por el Dr. Sigmund Freud llamada “Tratamiento psíquico, tratamiento del alma”, y luego una breve reflexión.

“*Psique* es una palabra griega que en alemán se traduce *seele* (alma). Según esto, “tratamiento psíquico” es lo mismo que “tratamiento del alma”. Podría creerse, entonces, que por tal se entiende tratamiento de los fenómenos patológicos de la vida anímica. Pero no es éste el significado de la expresión. Quiere decir, más bien, tratamiento desde el alma -ya sea de perturbaciones anímicas o corporales- con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre.

Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico. El lego hallará difícil concebir que unas perturbaciones patológicas del cuerpo y del alma puedan eliminarse mediante “meras” palabras del médico. Pensará que se lo está alentando a creer en ensalmos. Y no andará tan equivocado; las palabras de nuestro hablar cotidiano no son otra cosa que unos ensalmos desvaídos. Pero será preciso emprender un largo rodeo para hacer comprensible el modo en que la ciencia consigue devolver a la palabra una parte, siquiera, de su pristino poder ensalmador.

Los médicos de formación científica aprendieron sólo recientemente a apreciar el valor del tratamiento anímico. Esto se explica con facilidad si se repara en la evolución de la medicina durante los últimos cincuenta años. Tras un período bastante infecundo en que dependió de la llamada “filosofía de la naturaleza”, la medicina, bajo el feliz influjo de las ciencias naturales, hizo sus máximos progresos como ciencia y como arte: ahondó en el edificio del organismo mostrando que se compone de unidades microscópicas (las células); aprendió a comprender en los términos de la física y de la química cada uno de los desempeños vitales (funciones) y a distinguir aquellas alteraciones visibles y aprehensibles en las partes del cuerpo que son consecuencia de los diversos procesos patológicos. Por otro lado, descubrió los signos que delatan la presencia de procesos mórbidos profundos en el organismo vivo; identificó además gran número de los microorganismos que provocan enfermedades y, con ayuda de esas intelecciones que acababa de obtener, redujo extraordinariamente los peligros de las operaciones quirúrgicas graves. Todos estos progresos y descubrimientos concernían a lo corporal del hombre y así, a raíz de una incorrecta (pero comprensible) orientación del juicio, los médicos restringieron su interés a lo corporal y dejaron que los filósofos, a quienes despreciaban, se ocuparan de lo anímico.

Es verdad que la medicina moderna tuvo ocasión suficiente de estudiar los nexos entre lo corporal y lo anímico, nexos cuya existencia es innegable; pero en ningún caso dejó de presentar a lo anímico como comandado por lo corporal y dependiente de él. Destacó, así, que las operaciones mentales suponen un cerebro bien nutrido y de normal desarrollo, de suerte que resultan perturbadas toda vez que ese órgano enferma; que si se introducían sustancias tóxicas en la circulación era posible provocar ciertos estados de enfermedad mental, o que, en pequeña escala, los sueños podían variar según los estímulos que se aportaran al durmiente a guisa de experimento.

La relación entre lo corporal y lo anímico (en el animal tanto como en el hombre) es de acción recíproca; pero en el pasado el otro costado de esta relación, la acción de lo anímico sobre el cuerpo, halló poco favor a los ojos de los médicos. Parecieron temer que si concedían cierta autonomía a la vida anímica dejarían de pisar el seguro terreno de la ciencia.

En los últimos quince años se fue modificando poco a poco esa orientación unilateral de la medicina hacia lo corporal. El cambio se originó directamente en la práctica médica. En efecto, existe un gran número de enfermos leves y graves cuyas perturbaciones y quejas plantean un gran desafío al arte de los médicos, pero en los cuales, a pesar de los progresos que ha hecho la medicina científica en sus métodos de indagación, ni en vida ni tras su muerte pueden hallarse los signos visibles y palpables del proceso patológico. Entre estos enfermos hay un grupo llamativo por la riqueza y variedad de su cuadro clínico: no pueden realizar una labor intelectual a causa de dolores de cabeza o fallas de la atención; les duelen los ojos cuando leen, las piernas se les cansan cuando caminan; sienten dolores sordos o se adormecen; padecen trastornos digestivos en la forma de sensaciones penosas, vómitos o espasmos gástricos; no pueden defecar sin purgantes; se han vuelto insomnes, etc. Pueden sufrir simultánea o sucesivamente todos estos achaques, o sólo algunos de ellos. Pero sin ninguna duda, en todos los casos se trata de la misma enfermedad. Los signos de ésta suelen ser variables; se relevan y sustituyen unos a otros: el mismo enfermo que hasta cierto momento no podía hacer nada a causa de sus dolores de cabeza pero tenía una digestión bastante buena, al día siguiente puede tener su cabeza despejada pero no tolerar en lo sucesivo casi ningún alimento. Además, un profundo cambio en sus condiciones de vida puede librarlos súbitamente de sus achaques; estando de viaje pueden sentirse a maravilla y gustar sin daño de toda clase de manjares, pero de regreso a casa quizá se vean forzados a no probar más que leche cuajada. En algunos de estos enfermos la perturbación, un dolor o una debilidad del tipo de una parálisis puede mudar repentinamente de costado: saltar del lado derecho al izquierdo simétrico del cuerpo. Pero en todos puede observarse que los signos patológicos están muy nítidamente bajo el influjo de irritaciones, emociones y preocupaciones. Tanto que pueden desaparecer, dando sitio a un estado de plena salud y sin dejar secuelas aunque hayan durado mucho tiempo.

La investigación médica ha llegado por fin a la conclusión de que esas personas no pueden considerarse ni tratarse como enfermos del estómago o de la vista, sino que hay en ellas una afección del sistema nervioso en su conjunto. No obstante, el estudio del cerebro y de los nervios de enfermos de esta clase no ha permitido descubrir hasta ahora ninguna alteración visible, y aun muchos rasgos de su cuadro patológico nos disuaden de esperar que alguna vez, con medios de examen más finos, podamos comprobar alteraciones capaces de provocar la enfermedad. Tales estados han recibido el nombre de nerviosidad (neurastenia, histeria) y se los define como enfermedades meramente “funcionales” del sistema nervioso. Por lo demás, la indagación en profundidad del cerebro (tras la muerte del enfermo) ha sido infructuosa también en el caso de muchas afecciones nerviosas de carácter más persistente y en aquellas que presentan sólo signos patológicos anímicos (las llamadas ideas delirantes, ideas obsesivas, insanía).

Los médicos se vieron así frente a la tarea de investigar la naturaleza y el origen de las manifestaciones patológicas en el caso de estas personas nerviosas o neuróticas llegándose a este descubrimiento: al menos en algunos de estos enfermos los signos patológicos no provienen sino de un influjo alterado de su vida anímica sobre su cuerpo. Por tanto, la causa inmediata de la perturbación ha de buscarse en lo anímico. En cuanto al otro problema, el de saber cuáles son las causas más remotas de esa perturbación que afecta a lo anímico, que a su vez ejerce después una influencia perturbadora sobre lo corporal, podemos despreocuparnos de él por el momento. Lo importante es que la ciencia médica había hallado aquí el anudamiento para atender en su plena dimensión al aspecto descuidado hasta entonces: la relación recíproca entre cuerpo y alma.

Únicamente tras estudiar lo patológico se aprende a comprender lo normal. Acerca de la influencia de lo anímico, desde siempre se supieron muchas cosas que sólo ahora se han puesto bajo la luz correcta. El más cotidiano y corriente ejemplo de influencia anímica sobre el cuerpo, que cualquiera puede observar, es la llamada “expresión de las emociones”. Casi todos los estados anímicos que puede tener un hombre se exteriorizan en la tensión y relajación de sus músculos faciales, en la actitud de sus ojos, el aflujo sanguíneo a su piel, el modo de empleo de su aparato fonador y en las posturas de sus miembros, sobre todo de las manos. Estas alteraciones corporales concomitantes casi nunca resultan útiles a quien las experimenta. Al contrario, si pretende ocultar a otros sus procesos anímicos, muchas veces estorban sus propósitos. Pero a los demás les sirven como unos signos confiables a partir de los cuales pueden inferirse los procesos anímicos, y a menudo se confía más en ellos que en las simultáneas manifestaciones verbales deliberadas. Si mientras un hombre realiza ciertas actividades anímicas es posible someterlo a un

examen más atento, se hallan otras consecuencias corporales de ellas en las alteraciones de su pulso, en los cambios de la distribución de la sangre en el interior de su cuerpo, etc.

En ciertos estados anímicos denominados “*afectos*”, la coparticipación del cuerpo es tan llamativa y tan grande que muchos investigadores del alma dieron en pensar que la naturaleza de los afectos consistiría sólo en estas exteriorizaciones corporales. Es cosa sabida cuán extraordinarias alteraciones se producen en la circulación, en las secreciones o en los estados de excitación de los músculos voluntarios bajo la influencia, por ejemplo, del miedo, de la ira, de las cuitas del alma, del arrobamiento sexual. Menos conocidas, pero perfectamente demostradas, son otras consecuencias corporales de los afectos que ya no se incluyen entre sus exteriorizaciones. Estados afectivos persistentes de naturaleza penosa o, como suele decirse, “*depresiva*” como la cuita, la preocupación y el duelo rebajan la nutrición del cuerpo en su conjunto, hacen que los cabellos encanezcan, que desaparezcan los tejidos adiposos y las paredes de los vasos sanguíneos se alteren patológicamente. A la inversa, bajo la influencia de excitaciones jubilosas, de la “*dicha*”, vemos que todo el cuerpo florece y la persona recupera muchos de los rasgos de la juventud. Es evidente que los grandes afectos tienen mucho que ver con la capacidad de resistencia a las infecciones; un buen ejemplo de ello es el que han indicado ciertos observadores médicos: la propensión a contraer tifus y disentería es mucho mayor en los integrantes de un ejército derrotado que en los triunfadores. Ahora bien, los afectos, y casi con exclusividad los depresivos, pasan a ser con harta frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, como de enfermedades de otros órganos. En estos últimos casos cabe suponer que la persona afectada tenía desde antes la propensión hasta entonces ineficaz a contraer esa enfermedad.

Estados patológicos ya desarrollados pueden ser influidos muy considerablemente por afectos violentos. Ello ocurre casi siempre en el sentido de un empeoramiento, pero tampoco faltan ejemplos de lo contrario: un fuerte susto o una cuita repentina provocan un cambio de tono en el organismo ejerciendo una influencia curativa sobre un estado patológico bien arraigado o aun suprimiéndolo. Por último, no hay ninguna duda de que la duración de la vida puede ser abreviada notablemente por afectos depresivos, o que un terror violento, una “*mortificación*” o un bochorno muy vivos pueden ponerle fin de manera repentina; situación notable: este último efecto es observado a veces también a consecuencia de un gran júbilo inesperado.

Los afectos en sentido estricto se singularizan por una relación muy particular con los procesos corporales; pero, en rigor, todos los estados anímicos, aun los que solemos considerar “*procesos de pensamiento*”, son en cierta medida “*afectivos*”, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos. Aun la tranquila actividad de pensar en “*representaciones*” provoca, según sea el contenido de éstas, permanentes excitaciones sobre los músculos planos y estriados. Un apropiado refuerzo puede hacerlas evidentes y explicar así muchos fenómenos llamativos, hasta los supuestamente “*sobrenaturales*”. Por ejemplo, la llamada “*adivinación del pensamiento*” (Gdankenerraten) del “*médium*” cuando se practica un experimento como el de hacerse guiar por él para descubrir un objeto escondido, se explica por sus imperceptibles e involuntarios movimientos musculares. Todo el fenómeno merece más bien el nombre de “*revelación del pensamiento*”(Gdankenverraten).

Los procesos de la voluntad y de la atención son igualmente capaces de influir profundamente sobre los procesos corporales y de desempeñar un importante papel como promotores o inhibidores de enfermedades físicas. Un gran médico inglés ha informado que es capaz de producir variadas sensaciones y dolores en cualquier lugar del cuerpo a que dirija su atención, y lo mismo parece válido para la mayoría de los hombres. En general, cuando se formula un juicio sobre dolores que, en lo demás, se incluye entre los fenómenos corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas. Los legos, que de buena gana resumen tales influencias anímicas bajo el nombre de “*imaginación*”, suelen tener poco respeto por los dolores debidos a la “*imaginación*”, a diferencia de los provocados por una herida, una enfermedad o una inflamación. Pero es una evidente injusticia, ya que cualquiera que sea su causa, aun la imaginación, los dolores no dejan de ser menos reales ni menos fuertes.

Así como es posible producir o acrecentar dolores concentrando la atención, ellos desaparecen desviándola. Esta experiencia puede emplearse para calmar a los niños. El guerrero adulto no siente dolor por su herida en la fiebre del combate y es probable que el mártir, en el ardor de su sentimiento religioso, en la consagración de todos sus pensamientos a la recompensa celestial que

ya le sonrío, permanezca por completo insensible ante el dolor que le causan las torturas. La influencia de la voluntad sobre los procesos patológicos del cuerpo no es tan fácil de documentar con ejemplos, pero es muy posible que el designio de sanar o la voluntad de morir no dejen de influir sobre el desenlace, incluso en casos graves y delicados.

Reclama nuestro mayor interés el estado anímico de la expectativa, por medio de la cual una serie de las más eficaces fuerzas anímicas pueden ponerse en movimiento hacia la contracción o la curación de afecciones corporales. La expectativa angustiada no es sin duda indiferente para el resultado; sería importante saber con certeza si su eficacia para enfermar es tan grande como la que se le atribuye; si es verdad, por ejemplo, que en el curso de una epidemia los más amenazados son los que tienen miedo de contraer la enfermedad. El estado contrario, la expectativa esperanzada y confiada, es una fuerza eficaz de la que en rigor no podemos dejar de prescindir en todos nuestros ensayos de tratamiento y curación. De otro modo serían inexplicables los curiosos efectos que observamos a raíz de la aplicación de medicamentos y terapias. Ahora bien, el influjo de la expectativa confiada se vuelve patente en grado sumo en las llamadas “curas milagrosas” que todavía hoy se consuman ante nuestros ojos sin cooperación del arte médico. Las curas milagrosas en sentido propio se producen en creyentes bajo la influencia de escenificaciones aptas para acrecentar los sentimientos religiosos; vale decir, en lugares donde se venera a una imagen milagrosa o donde una persona sagrada o divina aparece ante los mortales prometiéndoles alivio a cambio de su adoración, o donde se conservan como tesoro las reliquias de un santo. No parece fácil que la fe religiosa por sí sola pueda desalojar (*verdrängen*) fácilmente la enfermedad por la vía de la expectativa, pues en las curas milagrosas casi siempre intervienen otras escenificaciones. El tiempo en que se busca la gracia divina tiene que estar signado por características particulares, en especial el esfuerzo corporal que se impone al enfermo y los trabajos y sacrificios del peregrinaje, están destinados a hacerlo merecedor de esa gracia.

Sería cómodo, pero harto incorrecto, negar simplemente a la fe estas curas milagrosas y explicar sus testimonios por la conjunción de un fraude piadoso con una observación imprecisa. Por más que ese intento de explicación acierte muchas veces, no es suficiente para desvirtuar el hecho mismo de las curas milagrosas. Estas ocurren realmente, lo hicieron en todas las épocas y no conciernen sólo a achaques de origen anímico cuyo fundamento es la «imaginación» y sobre los cuales pueden influir entonces particularmente las circunstancias del peregrinaje, sino también a estados patológicos de raíz «orgánica» que antes se habían mostrado refractarios a todos los empeños médicos.

Pero no hay necesidad alguna de aducir otros poderes que los anímicos para explicar las curas milagrosas. Ni siquiera en tales condiciones salen a la luz efectos que pudiéramos considerar inconcebibles para nuestro discernimiento. Todo ocurre naturalmente; en verdad, el poder de la fe religiosa es reforzado en este caso por diversas fuerzas pulsionales genuinamente humanas. La fe piadosa del individuo se ve acrecentada por el entusiasmo de la multitud en medio de la cual suele aproximarse al lugar sagrado. En virtud de ese efecto de masas, todas las mociones anímicas del individuo pueden elevarse hasta lo desmesurado. Y cuando es un hombre solo el que busca la curación en un lugar sagrado, la fama y el prestigio de ese lugar sustituyen a la influencia de la multitud. Por tanto, es de nuevo el poder de ésta el que produce su efecto. Esa influencia se hace valer aun por otros caminos. Puesto que es notorio que la gracia divina sólo es concedida a unos pocos entre quienes la solicitan, cada uno de estos querría contarse entre los distinguidos y escogidos; la vanidad que dormita en todo individuo viene en auxilio de la fe piadosa. Toda vez que tantas fuerzas poderosas se conjugan, no podemos asombrarnos si en ocasiones se alcanza realmente la meta.

Ni siquiera los incrédulos en materia religiosa necesitan renunciar a las curas milagrosas. En ellos, el prestigio y el efecto de masas sustituyen enteramente a la fe religiosa. En toda época hay curas y médicos de moda, en particular entre la sociedad selecta, y el afán de sobresalir y de igualarse a los más encumbrados constituyen potentísimas fuerzas anímicas. Esas curas de moda producen efectos terapéuticos que desbordan su jurisdicción, y en manos del médico de moda, conocido tal vez por haber curado a una destacada personalidad, el mismo recurso rinde mucho más de cuanto pueden obtener otros médicos. Hay entonces taumaturgos humanos, como los hay divinos; sólo que estos hombres, elevados hasta las alturas del prestigio a favor de la moda y de la imitación, pronto caen de su pedestal, según corresponde a la naturaleza de los poderes que actúan para ellos.

La comprensible insatisfacción con el auxilio que brinda el arte médico, a menudo insuficiente, y quizá, también, la íntima rebeldía contra la compulsión del pensar científico, que espeja ante los hombres el carácter despiadado de la naturaleza, han creado en todas las épocas, y de nuevo en la nuestra, una asombrosa condición para la virtud terapéutica de personas y recursos curativos. La expectativa confiada no quiere producirse sino cuando el que cura no es médico y puede gloriarse de ignorarlo todo en cuanto al fundamento científico del arte de curar, y cuando el recurso empleado no fue sometido a comprobación exacta sino que viene recomendado tal vez por la predilección popular. De ahí la sobreabundancia de artes de curandería y de curanderos, que ahora vuelven a disputar a los médicos el ejercicio de su profesión. De ellos podemos decir, con alguna certeza al menos, que dañan más a menudo de lo que benefician a quienes buscan curarse. Pero si aquí tenemos razón para censurar la expectativa confiada a los enfermos, no podemos ser tan desagradecidos como para olvidar que nosotros mismos, en nuestros empeños médicos, nos apoyamos de continuo en el mismo poder. El efecto probable de un remedio cualquiera prescrito por el médico, o de una intervención que emprenda, se compone de dos partes. Una de ellas, ora más grande, ora más pequeña, pero nunca desdeñable del todo, es la aportada por la actitud anímica del enfermo. La expectativa confiada con la cual contribuye al influjo inmediato de la medicina prescrita depende, por un lado, de cuán grande sea su afán de sanar y por el otro, de su fe en que está dando los pasos correctos en esa dirección; vale decir, de su respeto al arte médico en general y, además, del poder que atribuya a la persona de su médico; aun de la simpatía puramente humana que el médico haya despertado en él.

Hay médicos que poseen en mayor grado que otros la facultad de ganarse la confianza de los enfermos; a menudo, estos se sienten aliviados por el solo hecho de ver entrar al médico en su habitación.

Los médicos practicaron tratamiento anímico desde siempre, y en tiempos antiguos en medida mucho más vasta que hoy. Si por tratamiento anímico entendemos el empeño por provocar en el enfermo los estados y condiciones anímicos más favorables para su curación, esta clase de tratamiento médico es históricamente la más antigua. Los pueblos de la antigüedad apenas disponían de otro tratamiento que el psíquico; jamás dejaban de reforzar el efecto de pócimas y medidas terapéuticas mediante un enérgico tratamiento anímico. Los notorios recursos a las fórmulas de ensalmo, a los baños purificadores, al sonsacar sueños oraculares haciendo dormir al enfermo dentro del recinto del templo, etc., sólo por vía anímica pueden haber influido terapéuticamente. *La personalidad misma del médico se rodeaba de un halo de prestigio que provenía directamente del poder divino, pues el arte de curar estuvo en sus comienzos en manos de los sacerdotes. Así, entonces como hoy, la persona del médico era una de las circunstancias principales que permitían alcanzar en el enfermo el estado anímico más favorable para su curación.*

Ahora empezamos a comprender el «ensalmo» de la palabra. Las palabras son, sin duda, los principales mediadores del influjo que un hombre pretende ejercer sobre los otros; las palabras son buenos medios para provocar alteraciones anímicas en aquel a quien van dirigidas y por eso ya no suena enigmático aseverar que el ensalmo de la palabra puede eliminar fenómenos patológicos, tanto más aquellos que, a su vez, tienen su raíz en estados anímicos.

Todas las influencias anímicas que han demostrado ser eficaces para suprimir enfermedades llevan adherido algo de imprevisible. Afectos, aplicación de la voluntad, distracción de la atención, expectativa confiada: todos estos poderes que en ocasiones suprimen la enfermedad no lo consiguen en otros casos sin que pueda imputarse a la naturaleza de esta tales variaciones en el resultado. La autonomía de personalidades tan diversas en lo anímico es, evidentemente, lo que impide la regularidad del resultado terapéutico. Ahora bien: desde que los médicos reconocieron con claridad la importancia del estado anímico para la curación, se les ocurrió la idea de no dejar ya librado al enfermo el monto de solicitud {*Entgegenkommen*} anímica, y de conseguir el estado anímico favorable buscándolo concientemente con los medios apropiados. De este empeño nace el moderno tratamiento anímico.

Así surgieron muy numerosos modos de tratamiento, algunos evidentes y otros comprensibles sólo tras la adopción de complejas premisas. Evidente es, por ejemplo, que el médico, quien hoy ya no puede maravillar como sacerdote o poseedor de una ciencia oculta, presente su personalidad de modo tal de granjearse la confianza y parte de la simpatía de su enfermo. Y el

hecho de que no pueda conseguir ese resultado sino con un restringido número de enfermos (en tanto que otros, por su grado de cultura y sus simpatías, son atraídos por la persona de otros médicos) no hace sino operar una adecuada distribución. Es que si se suprimiera la libre elección del médico, se anularía una importante condición del influjo sobre los enfermos.

Toda una serie de medios anímicos muy eficaces necesariamente quedan fuera del alcance del médico. No tiene el poder ni puede arrogarse el derecho de emplearlos. Esto vale para la suscitación de afectos intensos que es uno de los más importantes medios con que lo anímico influye sobre lo corporal. El destino suele curar enfermedades mediante grandes júbilos, la satisfacción de necesidades y el cumplimiento de deseos y el médico, que fuera de su arte suele ser un hombre sin poder alguno, no puede rivalizar con el destino. Quizás esté más en su poder provocar miedo y terror con fines terapéuticos, pero, exceptuando el caso de los niños, tendrá que mostrarse muy cuidadoso en recurrir a esas armas de doble filo. Por otra parte, todos los vínculos con el enfermo que involucren sentimientos de ternura quedan excluidos para el médico a causa de la significación vital de esas situaciones anímicas. De tal suerte, el arsenal de medios de que dispone para modificar el estado anímico de sus enfermos parece de antemano tan restringido que el tratamiento anímico cultivado con deliberación no prometería ventaja alguna respecto de la modalidad anterior.

El médico puede, tal vez, hacer el ensayo de guiar la actividad voluntaria y la atención del enfermo, y en diversos estados patológicos no le faltan buenas ocasiones para ello. Cuando se obstina en que el enfermo que se cree paralizado ejecute los movimientos que supuestamente no puede hacer, o cuando se rehúse a examinar al angustiado que reclama su asistencia por una enfermedad sin duda inexistente, habrá adoptado el tratamiento correcto. Pero estas raras oportunidades apenas dan derecho a instaurar el tratamiento anímico como un procedimiento terapéutico particular. No obstante, por un camino singular e imprevisible se ha ofrecido al médico la posibilidad de ejercer una influencia profunda, si bien transitoria, sobre la vida anímica de sus enfermos y aprovecharla con fines terapéuticos.”

Para finalizar, podemos decir que esta relación *Psiquis, Cerebro y Órgano*, siempre existió, pero fue dejada de lado a lo largo de los años, desplazada por la llegada de la farmacología como la gran esperanza de la curación, invirtiéndose todos los conceptos, en el que se dice que hay un sujeto que enferma y un solo objeto que cura, que es el médico y que solo lo puede hacer con éxito a través del medicamento, de lo químico, es decir, de todo lo que está afuera del ser. Esa ecuación: *paciente – médico – medicamento*, se acepta hoy como *una condición* que no puede discutirse, ni siquiera intentar salirse de ella; se piensa y se sostiene que todo lo que existe fuera de esta concepción es ilegal, inadmisible, no científico y hasta puede llegar más lejos con la condena y la exclusión de todos aquellos profesionales que escapen a este control. Es decir, la mal llamada “Medicina Oficial” o Convencional u Ortodoxa, ha establecido las pautas de cómo debe hacerse un diagnóstico y cómo debe medicarse a un enfermo. Nadie tiene la posibilidad y absoluta potestad de creer que no es así, pero mientras no se le de cabida o espacio a lo psicoafectivo como iniciador o promotor de la gran mayoría de las enfermedades y no se incluya dentro de la estrategia global del tratamiento de un enfermo, seguiremos teniendo una población diezmada de amputaciones, de quemados, de personas con bolsitas por todos lados, y de personas que no tienen ni siquiera “un pelo” en su cabeza, (tipo Auswicht), caminando por este mundo, muchas veces sin esperanza, sin proyectos, auto excluidos y muchas veces ignorados, en fin, sufriendo un terrible calvario terrenal.

El Dr Hamer expresa de una manera muy sencilla lo que ocurre: “ Tiemblo al pensar en el futuro (...) Los médicos, olvidando sus protocolos, afirmarán que ésta era la terapéutica que siempre preconizaron y aplicaron. Lo que siempre buscaron, en el fondo, era eliminar el enemigo, el cáncer. Como en tiempos de la inquisición medieval, cuando el diablo introducido en el hereje era extirpado por la espada, el fuego y el veneno. Al fin y al cabo cualesquiera fueran los métodos de torturas empleados por los inquisidores, el hereje terminaba siempre condenado por el alma. Sus verdugos lograban arrancarle la confesión por la que se reconocía culpable de tener un pacto con el diablo. Pero en cambio, si se mostraba reticente y no respondía , entonces con mayor razón merecía la tortura más rigurosa...”

Es por ello que luego de muchos años de ejercicio profesional, hemos logrado que ellos tengan una mejor calidad de vida y, en algunos casos, un buen morir.

La comprensión, el amor, la amistad con nuestros pacientes y todos aquellos elementos que le permitan reír, ser felices, aun “a pesar de”, harán de nuestra profesión no sólo un arte para practicar una cirugía sin cicatrices orgánicas sino un arte más humano.

CAPITULO XIX

LA PALABRA MÉDICA: UNA SENTENCIA DE VIDA O MUERTE

“La palabra medica es una sentencia de vida o muerte, dependerá de cómo, cuándo ,dónde y bajo que circunstancia se pronuncie.”
DR. GUILLERMO HERNÁNDEZ PLATA.

Desde el primer momento en que se expresa, la palabra médica constituye la manera más fácil y rápida de crear una situación de conflicto biológico.

Podemos decir que existen dos maneras esenciales de la comunicación médico – paciente.

La **primera** se inicia a partir del momento en que un diagnóstico es volcado como informe en una hoja, es decir, la **comunicación escrita**; la **segunda** es la vocalización del diagnóstico por parte del médico cuando dice: “Usted tiene un cáncer de pulmón, de mama, una leucemia, una esclerosis múltiple, una retinitis pigmentaria o un vitiligo”; es la **comunicación verbal u oral**.

Se entiende que el médico no es responsable de la **primera enfermedad** del paciente, ya que el mismo solicita una consulta cuando presenta un signo o síntoma de enfermedad. A partir de ese instante se produce un primer **shock o impacto emocional** en el paciente, quién de pronto, por tener un lunar que cambia de color o tamaño o ha sangrado, es derivado por su médico personal de confianza a un especialista, por ejemplo, a un dermatólogo, un cirujano de piel o un cirujano plástico. Otro ejemplo es la consulta que se produce cuando el individuo orina con sangre o tiene deposiciones con iguales características. También ocurre cuando se tiene tos con sangre o dificultad para tragar, o cuando un testículo se agranda. Asimismo, cuando aparece un nódulo en una mama, o un niño presenta una gran dolor o tumoración en un hueso o un ganglio que ha crecido en pocos días, o se tiene dificultad para orinar.

Todos estos ejemplos son situaciones diarias de consulta médica, la mayoría de las veces derivadas al médico especialista, quién buscará de cualquier forma y manera un diagnóstico, instrumentando para ello todo los elementos a mano que permitan encontrar el origen de la enfermedad. Esto provocará, a su vez, una movilización permanente del paciente y su familia, análisis, radiografías, interconsultas, largas esperas, sangría de dinero, ausencia con aviso a sus tareas habituales, desconcierto, angustia e incertidumbre.

Se trata de toda una situación socio-familiar, laboral y afectiva muy conflictiva que genera un estrés permanente y agudo y un estado de **simpaticotonía permanente** donde el paciente vive toda su desinformación o información errónea de una manera dramática y a veces en soledad.

Aún no se produce la **segunda enfermedad**, pero se crean las mejores condiciones para que en el momento menos pensado ella pueda crecer dinámicamente.

Luego de tantas idas y venidas, de tantos estudios y análisis, de tantos lugares visitados, (porque se realiza un gran **turismo médico** al visitar distintos centros de estudios), viene el tan ansiado encuentro con el **DOCTOR** con mayúsculas, porque a juicio y consideración del paciente , “él si sabe y es quién **me** va a dar el diagnóstico verdadero de mi enfermedad”. El lugar es tranquilo, hay un silencio absoluto, casi sepulcral y de repente se rompe toda la tranquilidad cuando el **DOCTOR me** dice: “Señor/ Señora, usted tiene un **CÁNCER**, ubicado en tal lugar”. Es a partir de entonces que se inicia la denominada **segunda enfermedad**, la provocada por el diagnóstico y por mi pensamiento, que viaja a años luz, con una rapidez superior a la del sonido, ubicándome en distintos lugares y contactándome en el acto con muchas personas que vivieron lo que hoy me toca vivir. Un balde de agua helada corre por mi espalda, una sudoración fría invade todo mi cuerpo, la angustia, la incertidumbre y la tristeza toman todo mi ser cuando pienso que ya no seré el mismo de antes.

El médico, el **DOCTOR**, ha dado un diagnóstico fuerte que, sin quererlo, genera en mi **una sentencia** que será de vida o muerte y que de una u otra manera dependerá no solamente del

qué, sino del **cómo** y del **cuándo** se me deberá informar. El **DOCTOR** deberá buscar el momento oportuno para decírmelo

Como **DOCTOR**, en cuanto tengo el diagnóstico escrito en mis manos, debo saber **qué decir, cómo y cuándo decirlo**. Un error en algún punto puede destruir en el acto una vida que quizás con una buena información y un contenido de esperanza suministrando en el momento justo podría evitar la aparición de esta **“maldita” segunda enfermedad**, que a veces es tan mortal y tan o más dramática que el cáncer mismo.

Será entonces importante que el profesional pueda informar adecuadamente el diagnóstico con un contenido real, pero sin exagerar ni tener expresiones de **“mala onda”**, buscando generar la mayor tranquilidad y esperanza y transmitiendo que la enfermedad no es un castigo ni un daño del más allá, ni tampoco un designio negativo del destino, sino que constituye la respuesta programada de la **madre naturaleza** para reparar todo cuanto sea necesario frente a una situación de agresividad llamada **“shock psíquico, hiperagudo y vivido en aislamiento”** y que la magnitud de la respuesta será directamente proporcional a la del conflicto.

Si tengo una pequeña herida poco profunda y de menos de un centímetro de largo, la reparación será de esa magnitud y pasará por distintas etapas, que van desde la inflamación hasta la reparación **ad integrum** (integral, exacta), quedando el tejido prácticamente igual. Si la herida es más profunda y extensa, mayor será el proceso de reparación, demandando más tiempo, y no dependiendo de mi voluntad. El cerebro pondrá en alarma y emergencia todos los mecanismos necesarios para producir una reparación exactamente igual a como se encontraba la piel, el tejido, antes de la agresión sufrida.

Es decir que el cerebro, como gran ordenador, percibe información del mundo que lo rodea (interno o externo), la analiza y elabora un resultado que se traduce en la participación orgánica de la misma, constituyendo todo este circuito el denominado triángulo **psíquico, cerebro y órgano**, que refleja la unidad funcional hipocrática.

CAPITULO XX

ABORDAJE

“Si usted cree que todo está bien porque todo el mundo lo piensa, usted no está pensando.”

V. WESTWOOD

Como abordar un paciente .

Lo primero que preguntamos a nuestros pacientes, luego de sus datos personales, es “¿en que lo puedo ayudar?”.

Esta es una pregunta que habitualmente deja sorprendido a quienes nos consultan. Ellos llegan con una cantidad de imágenes radiológicas, análisis de laboratorios y síntomas propios que los llevan a considerar que algo anda mal en su salud, pero sin saber por dónde comenzar.

Es muy frecuente que a nuestra consulta lleguen pacientes que ya han recorrido distintos médicos y tratamientos y, ante la continuidad o el agravamiento de su enfermedad, deciden intentar algo sin saber muy bien de que se trata.

Una de las conductas más comunes es depositar sobre el escritorio, ante nuestra pregunta, la tomografía axial computada cerebral (TAC) como si se tratara de un diagnostico por el iris o una mancha que probará nuestra idoneidad como profesional.

Dejamos cuidadosamente la T.A.C. al costado y volvemos a preguntar, esta vez en un tono más directo: “¿ cuál es el motivo de su visita?”

Ante tal insistencia, el paciente suele comenzar a hablar, a contar la historia de su enfermedad. Muchos sacan metódicas notas sobre sus tratamientos y diagnósticos, mostrando cuán exacto ha sido todo, bajo la atenta mirada de su marido o esposa, quien de vez en cuando asienten o rectifican sus palabras.

Cuando ya nos contaron lo que para ellos es su enfermedad - y sobre la cual anotamos todos los datos con fechas exactas - abordamos ya no la enfermedad, sino a la persona que nos ha venido a pedir ayuda.

Hamer pide que tratemos a los pacientes como si fueran familiares nuestros. Con calidez. Sin soberbia. Considerando que aunque puedan parecer desafiantes, desconfiados, suspicaces o desinteresados, ellos están ahí con muchas esperanzas y demasiados miedos.

Es bueno darles un fuerte apretón de manos, un abrazo o un beso al saludarlos. Ellos esperan mucho de nosotros. Hagámosle saber que vamos a hacer todo lo posible para ayudarlos. No es necesario mentirles sobre su estado, pero tampoco lo es destruirlos, bajo la excusa de “decirles la verdad”. No somos los poseedores de la verdad inmutable ni de la solución a todos sus problemas. Somos profesionales que investigan, conocen y trabajan desde “lo que es” y no “desde lo que debería ser”.

No podemos ser más de lo que somos. Ni ellos como pacientes ni nosotros como médicos (hay muchas cosas que no sabemos y que forman parte del misterio de la vida).

El paciente debe entregar al médico su enfermedad, no su vida. El médico debe dar al paciente su experiencia y su guía, no sus hipótesis.

Es por eso, que las entrevistas con nuestros pacientes suelen ser las experiencias mas enriquecedoras y conmovedoras de nuestra práctica habitual. Poder escuchar y ser escuchado. Poder descubrir. Poder guiar. Poder servir.

Veamos en que forma lo ponemos en práctica.

Los datos personales.

Al confeccionar una historia, lo primero que haremos (nosotros, no una secretaria) es pedir al paciente sus datos personales. Aquí se “escuchará” también lo que no se dice. La forma de

pronunciar su nombre, si oculta un segundo o tercer nombre, si da su apellido de casada o soltera, si hace bromas sobre su nombre. Todos los datos nos permiten acercarnos desde el comienzo a su estilo de vivir en el mundo. Si es casado, si tiene hijos. Si vive sola. De qué trabaja. Hasta la forma de sentarse será observada. Si apoya su brazo en el respaldo. Si se acerca al escritorio. Si parece dominar la escena.

A veces puede hacerse alguna observación en la impresión que nos causa. Piensa mucho al contestar. Mira a su acompañante antes de hablar. Se muestra muy inquieto.

Todos los datos que recogemos en los primeros momentos pueden ser útiles. Si al dar la mano está muy fría, si transpira, si pone distancia al saludar, etc.

Motivo de consulta.

En el motivo de la consulta, registraremos lo primero que transmite el paciente, aun cuando después se revelen otros motivos. Lo anotamos literalmente: “tengo una mancha en el pulmón”, o “me salió algo malo en los intestinos”. Luego aclararemos los diagnósticos según la terminología habitual.

Siempre que el paciente termine de responder, repreguntemos. La frase “¿Qué más?” es quizás una de las mas usadas durante la entrevista. Necesitamos que el paciente hable. Queremos escucharlo. No tenemos ningún interés en que se apure. Luego enfocamos la historia de la enfermedad.

Enfermedad actual.

Se deben precisar las fechas del comienzo de los síntomas o la de los estudios realizados. Ante cada estudio, se preguntará que sintió en esos momentos. Que tiempo transcurrió entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico. Si percibió dudas o gestos alarmantes de los médicos o de los familiares. Habrá que dedicar todo el tiempo necesario a escuchar su relato. No importa que se “vaya por las ramas”. Las “ramas” pueden traer mucha información valiosa.

Hay que observar detenidamente cómo se expresa el paciente cuando habla de su enfermedad. Si lo hace llorando. Si parece que hablara de otra persona. Si no pone emoción en lo que dice. Si expresa pánico, desesperanza, optimismo. Si le cuesta hablar de su enfermedad “como si no quisiera nombrarla”.

No se trata de escuchar, sólo para que el paciente se descargue. El o ella nos están entregando, en ese momento, algo muy valioso. La forma de escuchar “eso”, incide profundamente en la visión que el propio paciente tendrá de lo que le está ocurriendo. Hay que darle tiempo. Guardar silencio cuando se conmueve. Sonreír para darle ánimo. Mirarlo con afecto. No con lástima. La mirada del médico (en un sistema donde se supone que éste sabe y el paciente no) es fundamental en la evaluación que el enfermo hace sobre su enfermedad. Creemos que se trata no solo de experiencia (como mera repetición de actos) sino del verdadero arte de saber escuchar y guiar la entrevista. Hemos visto infinidad de casos en donde una entrevista mal guiada desata nuevos conflictos, con probables nuevas enfermedades o, activa conflictos latentes.

El médico jamás debe provocar miedo. Su imagen debe ser de seguridad pero no de distancia. Creemos que debe dar indicaciones, nunca órdenes. El respeto es muy distinto a la obediencia. Al médico se lo debe respetar pero no obedecer ciegamente. Frases tales como “si no se hace el tratamiento que yo le digo, se muere” o “si se llega a hacer alguno de esos tratamientos alternativos, acá no venga más”, lastiman la dignidad de la profesión y que nada tienen que ver con nuestra verdadera función.

Una vez que el paciente ha hablado de su enfermedad como ese hecho físico por el cual nos ha consultado, le preguntamos como es su carácter, su forma de ser.

Carácter.

Esto genera rápidamente una desdramatización de lo que nos venía contando, a la vez que sorprende al paciente, que no venía preparado a hablar de si mismo, sino de su enfermedad.

Es habitual, si viene acompañado, que intente que la otra persona lo defina. Y si viene solo, suele plantear que no sabe qué decir. En ese momento le aclaramos nuestra necesidad de conocerlo para saber como ayudarlo mejor y que es fundamental que las definiciones sobre su persona las haga él

Si le cuesta hacerlo, luego de esperarlo pacientemente comenzamos a hacerle algunas preguntas. Si es irritable, impulsivo o reflexivo. Si los impulsos se expresan en actos o “se los traga”. ¿Qué opinión tiene de si mismo?

Le pedimos que nos cuente algunos ejemplos de sus actitudes ante aquello que él considera injusto. Si en las discusiones de los otros, se aparta o trata de conciliar. Si la irritabilidad desaparece enseguida o le cuesta tranquilizarse. Si disfruta de la soledad o ésta le produce angustia.

Hablamos sobre los temores. A la enfermedad. A la soledad. A que le pase algo malo a los seres queridos. A la muerte.

También queremos saber si en su trabajo y en su casa es ordenado. Si es metódico, metódico. Si es puntual o siempre llega tarde. ¿Puede exteriorizar lo que siente? ¿Es afectivo, expresivo? ¿Le cuesta demostrar sus sentimientos? Cuándo está enojado, ¿prefiere que nadie se le acerque? ¿Busca hablar de sus problemas con sus seres queridos? ¿Se siente considerado o no querido suficientemente. ¿Es posesivo en sus afectos?.

Nos preocupamos por sus hábitos. ¿Qué le gusta comer? ¿Es sedentario? ¿Tiene hábitos tóxicos? ¿Tiene sueños que se repitan o que recuerde?

Son estas preguntas y otras más las que nos van delineando el carácter y la personalidad de quien está sufriendo una enfermedad.

Con sus respuestas podremos ir construyendo “su forma de ser en el mundo”, que nos ayudará a entender porqué se enfermó, a encontrar el sentido de su enfermedad y a ayudarlo a recorrer los caminos de la curación. Además, su relato nos va a orientar sobre el tipo de constelaciones en las que asienta la enfermedad.

Un depresivo con fases maníacas es muy probable que tenga un FH en la zona de bulbo duodenal (dificultad para asimilar contrariedades territoriales) que asiente en la corteza temporal derecha, en constelación con un FH en la zona de recto (no saber qué decisión tomar) que asienta en la corteza temporal izquierda.

Alguien que relate sensaciones de levitación o de flotar, tendrá un FH en la zona frontolateral derecha, que corresponde a los bronquios (miedo ante la amenaza en la invasión del territorio), en constelación con un FH en la zona frontolateral izquierda, que corresponde a la laringe (miedo o pánico ante un peligro inesperado).

Otro que parezca un “quemado emocional” nos orientará hacia bloqueos en los hemisferios frontal y occipital.

Todo esto lo consideraremos luego, al ver la TAC de cerebro, en donde podrán o no observarse los FH que el interrogatorio nos va anticipando.

Test del aplauso

En este momento es fundamental pedirle al paciente que aplauda, para observar cual mano mantiene en alto, ya que ella marca la dominancia cerebral. Si es diestro, aplaudirá con la derecha y si es zurdo lo hará con la izquierda.

Para conocer la lateralidad y su implicancia en la enfermedad será necesario saber si está tomando medicamentos que pueden cambiar la dominancia cerebral (anovulatorios, citostáticos) y evaluar la edad que tiene (pubertad, menopausia).

Lectura de la TAC

Posteriormente, observaremos si tiene la TAC cerebral y entonces recibiremos la valiosa información que nos puede dar. FH activos o con edema. Anillos congelados. Glias en exceso, constelaciones, etc.

La observación de la TAC cerebral debe hacerse con un lupa y demanda un conocimiento previo de las imágenes normales y patológicas del cerebro. Si no se tiene mucha experiencia, es conveniente prepararse y no diagnosticar FH en todos los artefactos técnicos que aparecen.

Las TAC están sujetas a interpretación. Se deben correlacionar con la clínica y no hacer de su lectura, el hecho más importante de la entrevista médica. Si la información es valiosa para el paciente, se le comunica. Ocurre a veces, que al observar los FH en el cerebro y explicarlos adecuadamente, se crea en el sujeto enfermo una nueva dimensión de su enfermedad, algo que va más allá del órgano. A su vez, las posteriores TAC de control le permiten observar una evolución que lo reasegura en su nueva perspectiva.

No siempre es fácil ver un FH. Muchos ya están borrados al momento de la TAC. El edema de la conflictolisis es mejor percibido con contraste y suele dar datos tan reveladores como el FH activo. Lo mismo podemos decir de los signos indirectos provocados por el edema.

Examen clínico.

Tan útil como la TAC es el examen físico del paciente. El calor o el frío de sus manos, su pulso, su tono muscular. En la Nueva Medicina se hace para ayudar al diagnóstico: palpar los órganos, pedir radiografías, análisis de laboratorio, etc. Los datos que de estos estudios surgen son evaluados en relación a las cinco leyes y muchas veces no tienen la misma interpretación que para la medicina convencional. De ninguna manera la TAC reemplaza a la clínica, que sigue siendo el verdadero arte del médico.

Una vez que se ha escuchado el motivo de la consulta, la historia de la enfermedad, las características personales del paciente y se han observado las imágenes y los informes disponibles, el paso siguiente es indagar en la historia de la persona.

Historia de la persona.

Que sepamos o no conducir esta parte de la entrevista, dependerá del conocimiento de las cinco leyes de la NM. Comenzaremos, como en cualquier historia clínica, averiguando las distintas enfermedades de su vida. Su reacción a ellas. Los estados de ánimo y los síntomas que aparecieron fugazmente en épocas anteriores a la enfermedad actual.

Si bien los seis meses previos a la aparición de la enfermedad, son los que se consideran trascendentes en su determinación, esto varía si la lesión es de origen endo, meso o ectodérmico. A la vez, si el diagnóstico fue casual (rutina, accidentes, laboral) o si lo primero que apareció fue un síntoma de conflictolisis (hematuria, neumonía, etc).

Todo esto debe considerarse para rastrear el conflicto desencadenante y para evitar la elaboración de rápidas hipótesis que hagan coincidir lo que no necesariamente coincide.

Es aquí donde la TAC puede brindar una importante ayuda. Pero, igualmente, es la palabra del paciente y su estilo de construir la historia lo que nos va a abrir el camino.

Se deben considerar todos los aspectos de la vida del paciente. Laboral, afectivo, familiar, social. Si conocemos su forma de ser, es en su relación con el medio que le rodea donde vamos a encontrar el o los conflictos que lo sorprendieron de tal forma que se trasladó al territorio de *Lo Imposible*. (aquel donde aún no hay representantes psíquicos).

En la historia de la persona surgirá nítidamente la historia de la enfermedad. Desde su llegada al mundo (sus recuerdos infantiles, sus miedos, sus esperanzas) hasta su desarrollo en él. Reconocer sus mandatos familiares, sus historias imposibles, sus deseos prohibidos.

Recorreremos su historia. La escuela, sus noviazgos, su matrimonio. La relación con su cónyuge e hijos. ¿Los siente como su territorio? Su profesión, su trabajo, ¿Cómo los vive? ¿Qué pasó ahí? ¿Hubo deslealtades, competencias, separaciones, pérdidas?

Habrà que indagar como un detective. No conformarse. Seguir investigando. ¿Se imaginó que algo así iba a ocurrirle? ¿Cómo fue su respuesta en ese momento?. Cuàndo recibió la noticia, ¿qué hizo?.

Los rieles secundarios.

¿Cuáles fueron las circunstancias que acompañaron al suceso? Esas personas, esos lugares, ¿siguen formando parte de su vida?.

En las lesiones que se diagnostican luego de la solución del conflicto, es necesario saber la fecha exacta y las circunstancias que desencadenaron la conflictolisis (CL). Esto es muy importante, ya que muchos tumores que aparecen luego de la CL siguen creciendo y esto se debe a que la solución fue interrumpida por rieles secundarios o activaciones.

Al conocer las circunstancias y los hechos que los condujeron a la curación, como también qué rieles lo llevan a la reactivación de la enfermedad, los pacientes pueden tomar conciencia de los hechos que deben resolver y de las situaciones de las que deben alejarse.

Recuerdo a una paciente de 65 años que había desarrollado un cáncer de intestino por un conflicto muy severo que había tenido con su esposo. Éste era una figura importante de un partido político y, como dicen los españoles, le había hecho varias “guarradas” a su mujer.

Ella se sentía absolutamente “cagada” por su esposo. Superó el conflicto en base a su activismo en grupos religiosos “liberales”. El tumor se extirpó y luego de varios años, no había reincidento.

Tiempo después se presentó a la consulta por un motivo que “nada tiene que ver” con su tumor. Su nieto de 18 años y a quien adoraba, estaba asistiendo a las reuniones políticas con su abuelo. Esto la desmoronaba. Vivía en estado de alerta constante. Su frase concurrente era: “a él no me lo van a quitar como me lo quitaron a mi marido”. Al conocerla desde su enfermedad anterior le advertí de la activación de los rieles secundarios. Recuerdo siempre su respuesta: “Yo sé que lo voy a poder dominar”. Hablé con su familia. Ella era imparable. Estaba dispuesta a todo, “si es necesario, entro con un balde de nafta y quemo todas las sedes del partido”.

A los dos meses, comenzó con signos de obstrucción intestinal y en tres semanas falleció.

Hamer sostiene que uno de los momentos más peligrosos en la enfermedad es cuando el paciente siente que puede dominar las circunstancias que lo llevaron a enfermarse. Es muy importante prevenir este momento, haciéndole entender que lo biológico es indudablemente más poderoso que lo psicológico y que se debe estar atento a “las trampas de la vida.”

Historia familiar.

En la historia de la persona veremos también su historia familiar. Padres, hermanos, abuelos. Cómo recuerda con ellos su convivencia, destacando los mitos familiares y los mandatos que desde allí han surgido. Las muertes de los seres queridos. Sus fechas y sus causas. Se irá construyendo una “novela familiar” en la que el paciente asumirá un rol muchas veces instituido desde generaciones anteriores.

Creencias.

También analizaremos sus creencias. Fundamentalmente hay que determinar qué relación cree que guarda su enfermedad con los sucesos de su vida. Recuerdo a un paciente que hacía cincuenta años que fumaba y desde hacía treinta se sacaba una radiografía de pulmón cada seis meses para “prevenir” el cáncer. Hacía dos meses le habían declarado juicio de remate hipotecario de la casa. Al sacarse la radiografía de control, se descubrió una “mancha” que luego fue diagnosticada como cáncer epidermoide de pulmón. “Yo sabía que el cigarrillo me iba a matar”, fue la conclusión a la que llegó.

Las creencias juegan un papel fundamental en el origen y en el tratamiento de la enfermedad. Si el paciente cree que el cáncer lo va a matar (no importa lo que diga, sino lo que cree), es muy poco probable que el tratamiento tenga éxito. Hay que abordar las creencias del paciente con el mismo énfasis con que se abordan las lesiones orgánicas.

Luego de haber escuchado la historia de la enfermedad, investigado los informes, leído la TAC y desarrollado la historia del sujeto enfermo, llegaremos a un diagnóstico psicobiológico que propondrá un tratamiento acorde.

Diagnóstico psicobiológico:

Se fundamenta en cinco parámetros:

- 1) Determinación del DHS
- 2) Estado neurovegetativo actual
- 3) Tipo de lesión orgánica
- 4) Repercusión orgánica
- 5) Sentido biológico de la enfermedad

Determinación del DHS:

Se pueden detectar uno o varios sucesos conflictivos. Habrá que precisar el hecho sorpresivo, vivido en soledad, y que ha sido conmocionante. El paciente necesita vivenciarlo en toda su magnitud y si es necesario, se lo dramatizará.

Se lo clasificará según los conceptos aprendidos (conflicto de amenaza de territorio, de desvalorización, de desarraigo, etc.), determinándose por los parámetros biológicos, imagenológicos y subjetivos si el conflicto está activo o no. Se determinará con precisión la fecha en que se produjo y las circunstancias acompañantes (ramales secundarios).

El adecuado diagnóstico del DHS puede ser el comienzo de su solución, si aún está activo. Muchos pacientes, al tomar conciencia del hecho que fue determinante en la aparición de su enfermedad, sufren un salto cualitativo en su existencia.

Una paciente de 40 años que había sido diagnosticada con un cáncer de mama hacía una semana, estaba sumida en un estado de pánico del que no podía salir. Al preguntarle si ella reconocía algún suceso que podía guardar relación con su enfermedad, luego de pensarlo, dijo que no. Como la paciente era diestra y la lesión era un intraductal de mama izquierda (y fundamentalmente porque, según la paciente, no había conflictos en su vida), le pregunté si había solucionado en los últimos meses alguna separación con sus hijos o con sus padres. Contestó que no. Esto sucede frecuentemente en los pacientes con cáncer, cuyo mecanismo renegatorio hemos analizado en el capítulo veintidós. La entrevista continuó sin aportar demasiado a la determinación del DHS y decidí suspenderla y citarla en 48 horas.

A las once de la noche del mismo día, la paciente me llama por teléfono y muy angustiada me dice que no se podía ir a dormir sin contarme algo que le había dado vergüenza de contarme. Hacía tres años, había descubierto que su padre abusaba sexualmente de su hija de cinco años.

Se había marchado de la casa de su padre junto a su familia y nunca más lo había vuelto a ver. Hacía tres meses, su padre la había llamado, le había pedido perdón y propuesto volver a vivir juntos. La mujer había solucionado el conflicto de separación pero los ramales secundarios (la posible convivencia con el padre) lo reactivaban. Tuvimos una conversación de más de una hora por teléfono en donde pudimos hablar de cómo incidía todo esto en su enfermedad.

La mujer volvió a llamarme a la mañana y me dijo que al terminar la conversación conmigo, había llamado al padre y le había dicho que realmente lo perdonaba pero que no era conveniente volver a vivir juntos. Me contó que luego de la conversación de la noche, sintió que captaba que en todos esos sucesos se estaba jugando su vida. Que se había dado cuenta de que el pánico que tenía ya no estaba más y que si ella hacía lo que era correcto, también su enfermedad se iba a ir.

A la semana se hizo una cirugía no mutiladora y dio por terminada su enfermedad. Cada vez que me viene a ver, ante mi pregunta de cómo está, contesta “¡estoy bárbara y pienso seguir así!”

Estado neurovegetativo actual

Se determina si es el tono simpático o el vagal el predominante en la enfermedad actual. Se anotan los signos y síntomas fundamentales (manos frías, insomnio, pérdida de peso, cansancio, anemia, etc) y se los relaciona con las fechas en que ocurrió el DHS, la CL o la CE.

Hay que tener en cuenta la administración o no de fármacos que pueden alterar el tono vegetativo. Los sedantes pueden convertir un conflicto agudo en uno crónico. La administración de antidepresivos, hormonas, corticoides, analgésicos, etc, también lo alterarán y deberá evaluarse su uso.

Tipo de lesión orgánica

Se diagnostica por lo métodos convencionales; índices de laboratorio, imágenes radiológicas, estudios anatomopatológicos, etc.

Las enfermedades se diagnosticarán por la hoja embrionaria afectada, por lo cual es necesario conocer la evolución que cada una de éstas tiene ante el conflicto biológico (proliferación celular, necrosis, úlceras). Un ejemplo: lesión endodérmica que asienta en colon sigmoide en fase proliferativa.

En cuanto a los tumores secundarios, no se los evaluará por la regla de las metástasis sino como tumores secundarios, provocados por diferentes conflictos (muchas veces iatrogénicos).

Repercusión cerebral

El diagnóstico a través de la TAC no sólo nos ayudará a distinguir los diferentes conflictos y en qué fase están, sino también a evaluar el tono cerebral y observar la presencia de edemas, glias en exceso y compresiones que deben ser tenidas en cuenta para determinar la evolución de la enfermedad.

Sabemos que las CE son la complicación más frecuente a este nivel y que pueden comprometer la vida del paciente. A través de la TAC pueden prevenirse, a veces con quince días de anticipación y medicarse para morigerar su efecto.

Aquí se determinará: a) la ubicación de los FH; b) su estado activo, en lisis o en balance; c) la presencia de edemas; d) la presencia de cicatrices residuales (metástasis) y e) la evaluación ortodoxa del estado de las estructuras cerebrales.

El sentido biológico de la enfermedad

En el momento del diagnóstico no sólo debe anotarse el sentido biológico de la enfermedad, sino también el sentido compensatorio de los distintos síntomas mentales y las frecuentes constelaciones cerebrales.

Una paciente de 35 años, diestra, maestra jardinera, consulta por obesidad resistente a varios tratamientos, retención de líquidos en párpados y pies, bulimia y depresión desde hace cuatro años, tratada con inhibidores de la recaptación de serotonina. También presenta un cuadro de hirsutismo desde hace seis años tratados con hormonas.

Luego de realizar la entrevista, observar la TAC y elabora los distintos tipos de diagnósticos, se llega a las siguientes conclusiones:

- a) conflicto de desvalorización
- b) conflicto de desarraigo
- c) conflicto de rechazo-asco
- d) conflicto de contrariedad indigesta
- e) conflicto de frustración sexual

La paciente era oriunda de una provincia del norte argentino, y desde hacia 10 años, vivía en Rosario. En ese momento no tenía trabajo y había terminado una relación sentimental hacía un año. Tenía una hija de ocho años a la que debía mantener y se sentía muy desvalorizada en su propia imagen por sus dificultades económicas y afectivas. Su última pareja había pretendido “manosear” a su hija (rechazo-asco) y esto, junto a la falta de trabajo, le provocaba una situación de rencor que no terminaba de “tragarse”.

El hirsutismo estaba relacionado con no saber qué camino o decisión tomar. La obesidad era una constelación de los conflictos de desvalorización, contrariedad rencorosa y rechazo-asco (estos dos últimos explicaban la bulimia).

La depresión era una constelación en ambos hemisferios cerebrales relacionados con pérdidas de territorio, ya que en la mujer diestra que toma hormonas el conflicto de frustración sexual se vive como un conflicto de territorio.

La retención de líquidos tenía que ver con el desarraigo (vivir fuera de su medio) que produce alteración en los glomérulos del riñón para “no secarse”.

Con estos datos, era indudable que el sentido de sus síntomas era hacerle encontrar “su lugar en el mundo”, como madre, como compañera y como persona capaz que se reconocía.

Cuando ella entendió ese sentido y sus reacciones orgánicas ante los conflictos, se intentó el abordaje terapéutico. La depresión la estaba protegiendo de una alteración en el cuello del útero, por lo tanto se retiraron los antidepresivos hasta tanto solucionara realmente el conflicto de frustración sexual (impidiéndose así desde una amenorrea hasta una lesión cancerosa). Se le retiraron las hormonas para que pudiera percibir los conflictos según su propia naturaleza.

En este caso, en cuanto al sentido biológico, lo expresamos así:

- a) recuperar su territorio (profesión, familia, tierra)
- b) encontrar una pareja que la considere a ella como mujer y como madre
- c) revalorizarse como persona
- d) poder sentirse segura y tomar decisiones
- e) poder tomar distancia de las circunstancias acompañantes (ramales secundarios)
- f) mantener la compensación psíquica hasta tanto se resuelvan verdaderamente los conflictos.
- g) recuperar la dominancia cerebral de su naturaleza

Una vez hecho el diagnóstico psicobiológico, se llega al abordaje terapéutico.

Tratamiento psicobiológico

Recordemos que siempre se deben ofrecer soluciones prácticas y posibles ante los conflictos que se detectan. Aquí trazaremos una aproximación a las posibilidades que puedan presentarse. Siguiendo los parámetros del diagnóstico, enfocaremos cinco abordajes:

- 1) Sobre el DHS
- 2) Sobre el estado neurovegetativo actual
- 3) Sobre el tipo de lesión
- 4) Sobre la repercusión cerebral
- 5) Sobre el sentido biológico de la enfermedad

Sobre el DHS

Lo más importante es que el paciente lo verbalice, que hable sobre los sucesos que lo perturban en un ambiente de contención emocional en donde no se sienta juzgado. Hay diversas técnicas que nos ayudan a elaborar el DHS. La palabra, los dibujos, los juegos, los grupos, etc. Todas ellas pueden ser utilizadas de acuerdo al paciente y al terapeuta.

Es fundamental conocer los significantes que puesto en marcha los códigos somáticos que activan los programas de enfermedad. Éstos deben ser incorporados a la realidad psíquica del paciente para que dejen de pertenecer al territorio de *Lo Imposible* y puedan ser vividos en la escena de *Lo Prohibido*, es decir, en el juego de los significantes verbales.

La visión que tienen investigadores como Mac Dougall, Hollinger, Chiozza y otros es de apreciable ayuda y sus trabajos deben ser conocidos. Desde el campo de la psicolinguística podemos aprender mucho, al igual que de los maestros del psicoanálisis, como Freud, Lacan y Jung.

Los trabajos con visualizaciones nos ha ayudado en gran medida, sobre todo aquellos en los que la espiritualidad trasciende con su presencia el nivel de realidad física y permiten que el sujeto pueda reconocer en la enfermedad un maestro del que puede aprender a sobrevivir y a mejorar. Hablaremos de todo esto en el capítulo veintiuno, sobre las distintas terapéuticas, pero queremos enfatizar que lo más importante es un salto en la calidad de vida que le permita aprender a tener otras opciones distintas a la enfermedad cuando se enfrente nuevamente a los obstáculos. El DHS es un suceso sorpresivo que no puede preverse. En cambio, el sujeto enfermo es una persona con una historia y una forma de ser en el mundo que se va delineando a medida que transcurre su vida. Hemos visto que ya en el embrión está actuando la realidad del mundo. Es necesario comenzar a actuar sobre esa historia y sobre ese mundo desde el primer día.

Creemos que el miedo es el motor fundamental en la aparición del DHS. Hemos dedicado una parte del libro a conocer sus mecanismos. Pensamos que es una manera que la naturaleza ha previsto para defendernos ante las amenazas a la supervivencia. Cada persona tiene una particular forma de desarrollarlo y es hacia ese estilo al que apuntan todas las técnicas que lo abordan. El DHS activa el mecanismo más primitivo del miedo: la respuesta orgánica. Es por eso que casi siempre se necesita un enfoque transdisciplinario de la enfermedad, que creemos es el que la Medicina Psicobiológica aporta.

Sobre el estado neurovegetativo del paciente

Si el paciente está en simpaticotonía continua, es porque está en conflicto activo. Aquí, la solución del conflicto es fundamental.

En términos biológicos, solucionar el conflicto es pasar de simpaticotonía continua a vagotonía continua. Cuando se termina la fase de solución, se llega a la normotonía.

Al respecto, se deben hacer algunas consideraciones. La simpaticotonía es la consecuencia neurovegetativa del conflicto. Si no se soluciona el mismo y se utilizan medicamentos vagotónicos para compensarla, no nos alejamos mucho de la visión mecanicista y tradicional de la enfermedad. Teniendo en cuenta esto, es útil en determinadas oportunidades compensar los extremos vegetativos para que ellos no comprometan la vida del paciente. Nos referimos al agotamiento de los mecanismos del estrés.

Un conflicto territorial en un hombre diestro con un buen nivel de andrógenos (un lobo primario), si no se soluciona podrá llevar a la perforación de las arterias coronarias. Es indudable que si esta persona no tiene los medios para solucionar el conflicto habrá que frenar esa simpaticotonía que lo llevará a la muerte. Los medicamentos compensadores usados con más frecuencia son los llamados psicofármacos. Creemos que el uso adecuado de ellos en un contexto determinado no es contradictorio con el conocimiento de la Nueva Medicina. Usarlos sin ningún plan de abordaje de los otros parámetros o para “sacarse al paciente de encima” es sin sentido, ya que sólo cronificará el problema y hará que la solución sea cada vez más difícil.

En el caso de la vagotonía excesiva, las consecuencias más extremas a evitar son los edemas cerebrales y la hemodilución. Debemos repetir los conceptos anteriores. Si el uso de los corticoides y las transfusiones son sólo paliativos sin considerar la resolución de los otros parámetros, la enfermedad se agravará. Si se usan dentro de un plan de tratamiento, pueden ser instrumentos muy útiles (al igual que los antibióticos).

El uso de la TAC cerebral es un aliado importante para prevenir la CE que se instala en el punto más alto de la vagotonía, ya que en ella podremos observar la evolución de los edemas intra y perifocales.

A la vez, existen métodos no aceptados convencionalmente que son importantes para normalizar el tono neurovegetativo (en la misma medida en que se aborden los demás parámetros del tratamiento). El llamado medicamento constitucional homeopático y la acupuntura que se basa en el examen de los pulsos y de los síntomas mentales son instrumentos muy útiles.

Sobre el tipo de lesión

Aquí se debe estudiar el modo en que los tejidos dependientes de las distintas hojas embrionarias reaccionan ante los conflictos biológicos. Esto se ha considerado en el capítulo sobre el sistema ontogénico de los tumores.

Sobre la proliferación celular (el llamado tumor), es fundamental entender que si el conflicto está activo, cualquier tratamiento (convencional o no) sólo podrá ser paliativo pero con el agravante que las modificaciones locales en el tumor o en el cerebro, podrán ser interpretadas como agresiones que activarán la proliferación celular.

Si el conflicto está en balance, podrá tener las mismas consecuencias.

En el caso que el tumor sea consecuencia de la fase de CL, su crecimiento se detendrá cuando ésta fase se termine. Ello dependerá de la duración que haya tenido la fase de CA y de su intensidad. Es aquí, cuando se ha normalizado el tono vegetativo, que la cirugía cumple un papel fundamental.

En caso que el tumor esté en fase de CA esté en balance o la CL no haya terminado, cualquier intervención tendrá una sola indicación: la probable obstrucción o compresión mecánica. Aun cuando el tumor sea excesivamente grande, extirparlo, irradiarlo o hacerle quimioterapia, generará una reacción de activación del conflicto con el posterior agravamiento de la lesión.

No estamos diciendo que nos quedemos con los brazos cruzados esperando que el conflicto se inactive y si ello no ocurre, decir que hicimos todo lo posible y esperar que el paciente se muera. Sabemos lo difícil que resulta asimilar que no se debe agredir al tumor hasta que el cerebro no interprete esa agresión como una reactivación del conflicto. Pero esas son las leyes de la Naturaleza y si lo hacemos en contra de ellas, actuamos en contra de la vida y siempre vamos a fracasar.

También sabemos que muchos conflictos no tienen solución en la naturaleza. Si un animal es herido en las patas, su vida en la selva no vale nada. Los tumores en la niñez, son quizás los que más se parecen a la herida de este animal. Todo dependerá de la masa conflictiva que hemos

tratado de delinear en el capítulo veintidós. **Creemos que todo lo que implique detener la evolución de la enfermedad, (como lo hace la naturaleza con las constelaciones) hasta poder concretar la solución del CB, es muchas veces imprescindible hacerlo y es la mejor conducta terapéutica a realizar. Debido a ello, aquí se aprecia la utilidad de los medicamentos no agresivos y realmente eficaces.** Pero somos algo más que animales. Nuestra humanidad nos da otras posibilidades.

En los conflictos que no tienen solución (en los niños, los programas de enfermedad tienen que ver a veces con situaciones que ellos no pueden resolver), el hecho de ser humanos nos plantea la posibilidad de elaborar estrategias terapéuticas. Hemos abordado alguna de ellas, en el tema de las psicoterapias. Solo queremos hacer una mención a la enfermedad desde el punto de vista tribal o comunitario.

En un momento de la evolución, nuestros primitivos antepasados comenzaron a resguardar a los heridos. Esto se sabe porque en los estudios antropológicos, se encontraron restos de fracturas consolidadas o esqueletos con miembros amputados, mucho antes de la muerte, (lo que demostraba que estas personas heridas no eran ni abandonadas ni sacrificadas). El motivo para ello fue seguramente una ventaja evolutiva. Estas personas enfermas y minusválidas podían hacer trabajos que le quitaban el tiempo a los cazadores y guerreros. Pero, a la vez, esto generó en la tribu un nuevo sentimiento que hoy conocemos como solidaridad. No se los dejaba morir. No se los abandonaba. Se los cuidaba y se les daba un lugar.

Actualmente hay muchos enfermos que son tratados por el sistema de una forma mucho mas cruel que como lo hacían nuestros antepasados. No tomamos cuenta que aquellos primitivos heridos y minusválidos fueron los generadores de los mas revolucionarios descubrimientos que otorgaron a la humanidad ventajas evolutivas que ningún otro animal pudo tener. Y esto fue así porque la perspectiva de estos seres alejados de la caza y de la guerra les permitió observar hechos que los otros no podían ver.

Aquellas personas que están enfrentando conflictos que aún no pueden resolver deben ser cuidados y protegidos aunque más no sea por un efecto comunitario; ellos están haciendo anticipadamente lo que todos tendremos que hacer: enfrentarnos a la posibilidad de terminar nuestra vida. De ellos aprenderemos. Sería mas justo decir que ya tendríamos que haber aprendido.

El sujeto enfermo se enfrenta a problemas evolutivos universales. Son los nuestros. Los de todos. Poder comer, reproducirse, defenderse, sostenerse y comunicarse. No son personas “manchadas”. Son las “sombras” de los que estamos sanos. Debemos aprender que nuestra sombra forma parte de nuestro ser y no es algo que está fuera de nosotros.

A estas personas, a las que la solución del conflicto las supera, debemos curarlas desde nuestra propia curación. Como dice el sacerdote Darío Betancourt, desde un baño de luz que no surge del enfermo, sino de quien lo quiere curar.

Aprender esto es comprender que la humanidad quizás no tenga la solución a todos sus conflictos, pero sí puede albergar la esperanza de una salida posible.

Sobre la repercusión cerebral

Es una conclusión obvia que el tratamiento del cerebro se funda en el tratamiento de los conflictos psicobiológicos. Sin embargo, en ningún órgano tanto como en éste, las medicaciones sintomáticas pueden ser bien usadas. Esto se debe a que las características del cerebro hacen que cualquier alteración que en éste se produzca, repercuta en todo el organismo.

Aquí debemos considerar que existen estructuras cerebrales que no admiten demasiadas alteraciones. Los módulos cerebrales en donde asientan los centros del ritmo cardiaco, de la respiración, la termorregulación y la motricidad son alguno de ellos y se los debe preservar de la presencia de un edema que puede alterar su normal funcionamiento.

Todos los medicamentos (a excepción de las hormonas y las vitaminas) actúan en el organismo porque actúan en el cerebro. El uso de adrenérgicos o de vagotónicos estará indicado según este previo conocimiento. En cuanto a las alteraciones propias del cerebro, podemos decir que en

simpaticotonía usaremos dentro del plan de tratamiento del conflicto los llamados psicofármacos y los demás medicamentos o intervenciones que disminuyan el tono vegetativo.

En vagotonía, lo que pretendemos a nivel cerebral es disminuir el edema en la medida en que esto no interfiera en la curación. En ese caso se usarán los corticoides en las dosis usuales o medicamentos tales como Helleborus, que por vía subcutánea es un excelente antiedematoso cerebral.

La curación de los FH puede dejar como residuo una acumulación de glías, que si no interfieren en la función cerebral, no deben ser tratadas. En el caso en que estos pseudotumores cerebrales sigan creciendo, se trataría de recaídas del CB, que deben ser resueltas.

Es indudable que la localización de edemas extensos o glías en exceso en determinados lugares del cerebro es una complicación grave que no siempre podrá ser resuelta. Es por ello que debemos entender que cualquier tratamiento dependerá de la duración e intensidad del conflicto, de sus reactivaciones y también de los tratamientos instituidos que muchas veces actúan como agravantes en la evolución de las modificaciones cerebrales.

Sobre el sentido biológico

Lo que la Naturaleza nos pide es que el paciente resuelva el conflicto, descanse y se normalice. Estamos tan alejados de la naturaleza que no siempre la persona logra este objetivo.

Afortunadamente, cada vez vemos más individuos que alcanzan con éxito la propuesta que les hace la naturaleza. Toman conciencia de lo que les pasa. Ponen en actividad una nueva visión de la enfermedad y de la vida y se posicionan frente a los obstáculos de tal forma que, de una u otra manera, los solucionan. A estos pacientes los llamamos excepcionales, no porque sean una excepción, sino porque son maravillosos y nos enseñan a todos a encontrar las bases de lo que en el futuro, será la norma en la curación de las enfermedades. En Rosario hemos formado un grupo cuyo nombre es “Pacientes excepcionales de cáncer”, que son una clara demostración de que toda enfermedad (aún la más grave) puede ser el inicio de una nueva calidad de vida.

Hay una vieja frase que dice “si no eres parte de la solución, eres parte del problema”. Los pacientes deben saber que la enfermedad no siempre es el problema y sí muchas veces es la solución a obstáculos que de otra forma los “congelarían” en un estado evolutivo que la naturaleza les exige superar.

Hay mucha gente que no se atreve a formar parte de la solución y se estanca en el problema. Cotidianamente vemos personas que parecen haberse preparado toda la vida para llegar a una solución de todos sus problemas (económicos, afectivos, profesionales, etc) y cuando lo están por lograr convierten a esa buscada solución... en un nuevo problema. Les asusta triunfar. No saben qué hacer con lo que tanto buscaron. Se enferman aún con las soluciones.

También están aquellos, que no saben fracasar. Sienten al fracaso como un castigo. Se instalan en el problema y nunca en la solución.

Como humanidad enferma de problemas, debemos aprender a ser parte de la solución. Creemos que el sentido biológico de la enfermedad es la solución de un problema. La medicina no ha buscado jamás el sentido de la enfermedad, el “para que” me está pasando esto y se ha hundido en una búsqueda microscópica de los “porqué” de la enfermedad.

Muchas veces, el cáncer no es más que “un pedacito de carne que sobra”. Como todo exceso, si no se lo trata termina agotando a quien lo padece. Cuando abordemos el sentido particular y universal de nuestra existencia, ese exceso perderá su sentido y ya no tendrá necesidad de manifestarse.

En el caso de la maestra jardinera de la que hablábamos antes, ella debe aprender que ese camino que eligió no es su camino y que como mujer y como persona se merece todos los regalos de la vida: la seguridad, la consideración, la satisfacción, la pertenencia. Todo aquello que no tiene porque ha perdido el centro de su vida.

La terapéutica, en este punto, la dirige el mismo sentido de la enfermedad. Aprender a digerir los hechos desagradables con que nos enfrentamos. No creerse omnipotente. Aprender a ser flexibles en cuanto a las opiniones de los demás. Valorarse no por lo que uno tiene o hace, sino por lo que uno esencialmente es. Saber comunicarse; no aislarse de los semejantes. Lograr un

sentido de pertenencia y de consideración con los demás. No hacer de las posesiones materiales o afectivas el único objetivo de la vida.

Entender que mas allá de que se pueda tener una linda casa, un buen trabajo o una hermosa familia, todo puede terminar.

Estar preparado para todo esto, desde la base que la terminación de algo no implica necesariamente un fracaso, sino la oportunidad de comenzar de nuevo.

CAPÍTULO XXI

LAS DISTINTAS TERAPÉUTICAS

*“La medicina sólo puede curar
las enfermedades curables”*
Proverbio chino.

Al comenzar a abordar este difícil tema, es necesario precederlo de una crítica a las concepciones éticas que dominan actualmente el campo de la medicina.

Cuando un sujeto enfermo acude a un médico por un sufrimiento dado, pone a éste en la obligación de tomar decisiones que tendrán importantes consecuencias. El sujeto se aliviará, seguirá enfermo, superará su padecimiento o empeorará, y podrá, incluso, llegar a la muerte.

Cualquiera de estas circunstancias está puesta en juego. Las decisiones que tome el médico están basadas en las reglas de ese juego, pero fundamentalmente en que en su accionar lo que está en juego es un ser humano, un semejante y no un objeto ni una enfermedad. Como decíamos en otros capítulos, el objeto de estudio de la medicina es la enfermedad y en estas decisiones, lo que prima es esta concepción objetivista en la que el sujeto con su realidad psíquica y espiritual no es tomado en cuenta.

La lógica.

Desde el punto de vista filosófico, hay tres factores que hacen que las decisiones médicas no sean algo arbitrario, sino la puesta en marcha hacia un objetivo. El primer factor a considerar por todo médico en sus decisiones, es la existencia o no de contradicciones desde el punto de vista de la lógica. Un acto médico no puede violar el principio de la no - contradicción. No puede ser y no ser simultáneamente.

El médico tiene un saber. Si el acto que realiza sobre el sujeto contradice ese saber, su proyecto es inaplicable. No puede hacer algo en lo que no cree. Sobre las llamadas enfermedades crónicas específicamente el cáncer, el saber del médico es profundamente cuestionado no sólo por la gran cantidad de fracasos terapéuticos sino también por la ausencia de una clara definición de las causas.

Esto ha llevado a los médicos a una especie de desasosiego que se advierte en la misma personalidad que adquieren los profesionales que se dedican al tratamiento del cáncer. Distancia afectiva con el paciente, falta de información concreta sobre las características de los tratamientos y una tendencia a negar cualquier terapéutica que no sea la de los protocolos, en lugar de abrirse a la posibilidad de sumar para el beneficio del paciente.

Lo lamentable de esta posición es que los tratamientos habituales podrían ser mucho más efectivos si se eliminaran esos tres factores y se pidiera abiertamente la colaboración del paciente para abordar su contexto familiar y social, **para conocer sus creencias en lo que le puede hacer bien** y para sentirse constantemente apoyado por quienes guían su tratamiento.

El conocimiento

El segundo factor filosófico al que se enfrenta todo médico cuando debe tomar una decisión es el conocimiento. Una elección puede parecer lógica y no contradictoria, pero ser imposible de realizar de acuerdo al conocimiento actual de las propiedades de la realidad.

El médico hace lo que sabe hacer. Solo puede reaccionar frente a aquello que percibe. Si un cerebro está “clausurado operacionalmente” a determinadas propiedades de la realidad, éstas no existen.

No nos estamos refiriendo al conocimiento técnico que todo médico está obligado a tener. Estamos llamando la atención sobre las propiedades de la realidad que se escapan a quienes tendrían que estar formados en áreas a las que, indudablemente, la medicina no presta ninguna atención.

¿Cómo entender y tratar a un ser humano que sufre, si solo se perciben sus alteraciones radiológicas, químicas o la grosera palpación de un órgano?

¿Cómo proponerse como agente terapéutico si uno está clausurado a toda realidad que no sea la propia?

Lo que sucede es que el sujeto enfermo trae a la consulta su propia realidad. Su historia, su nombre, sus aspiraciones. Sus miedos, sus imposibilidades. Los órganos enfermos tienen que ver con esa realidad.

Su momento actual, en algo tan simple como reconocer si está en conflicto activo o en vagotonía, no es considerado por este médico clausurado a todo lo que no sean marcadores tumorales, aumento de enzimas o biopsias interpretadas por quienes deberían ocuparse de descripciones anatomopatológicas y no de condenatorias hipótesis diagnósticas.

Así, el conocimiento es un factor que excede la lectura de los libros o los años de una experiencia repetida. Se presenta como la necesidad de escuchar y construir. No solo de repetir y aprender.

Cuando conocí a Hamer, la única frase en castellano que pronunció fue: “Necesito médicos de manos calientes, que hagan de la medicina un acto sagrado”. Quizás estemos muy lejos de eso, pero comencemos por estrechar las manos con las de nuestros pacientes y verlos como a semejantes, que ya eso es parte de lo sagrado de la vida.

Pero también necesitamos llamar la atención sobre aquellos que sin tener un verdadero acceso a las propiedades de la realidad que exceden a las convencionales, proponen terapéuticas que no se basan en hechos reales.

No hablamos de las intenciones de estos profesionales, sino de los nocivos efectos que sobre la sociedad puedan tener prácticas terapéuticas que habitualmente son “catalogadas” sin distinción y en forma descalificadora como “medicinas alternativas”.

Creemos que dentro de ellas existen abordajes terapéuticos que han demostrado ser valiosos y otros que aún no lo han hecho.

Este segundo factor filosófico debe ser tomado en cuenta, tanto por aquellos que solo creen que la realidad física existe, como por los otros que, por acceder a otras realidades, dejan de lado la progresión física de la enfermedad.

Llegará el momento en que la medicina abrirá los ojos a su profundo desconocimiento y ya lejos de la soberbia de quien cree que sabe, accederá a construir un saber atravesado por otros saberes que aún se niega a escuchar.

La ética.

El tercer factor filosófico es el ético. Habiendo el médico tomado una decisión con respecto a su paciente y siendo esta decisión lógica y sin contradicciones (además fácticamente posible y que contempla otros conocimientos), se enfrenta a la posibilidad de que con su decisión perjudique al paciente. Aquí debe valorar qué es lo que no debe dejar de hacer y qué es lo que conviene hacer en ese paciente y en ese momento de su enfermedad.

Esta es la verdadera alquimia del médico. Hay pacientes que responden a un ciclo de quimioterapia y luego no lo hacen a un segundo ciclo. Rápidamente se habla de la agresividad del tumor y se lo condena a tratamientos cruentos o a supuestas “medicinas paliativas” sin averiguar cuales fueron las condiciones emocionales, familiares y cerebrales cuando se abordó este segundo ciclo.

Me ha tocado muchas veces observar como una vida se trunca por no tener en cuenta este factor de la conveniencia, no en el plano orgánico sino en el plano psíquico y cerebral del paciente. Con los ojos cerrados a toda realidad que no sea lo orgánica, no se abordan los conflictos que lo están inhabilitando a responder a cualquier terapéutica y se lo expone a una agresión mayor.

En la medicina, las discusiones éticas están habitualmente relacionadas con las obligaciones del médico. Lo permitido y lo prohibido. Actualmente, y con la moda de los juicios por mala praxis, es la punición lo que define a la ética.

Creemos que los médicos debemos actuar con nuestros pacientes no en base al temor de las sanciones, sino en cuanto a la regla dorada: “comportarse con el otro como quisiéramos que se comportaran con nosotros”.

El médico no está exento de errores. El haberlo convertido en un técnico que indica lo que el protocolo dice y no en un científico que investiga, cuestiona y escucha el saber del otro, lo ha desplazado a un lugar robotizado en que las posibilidades de error son nulas.

Pero el peor de los errores es esta posición exenta de errores. Que no cuestiona. Que obedece aún sabiendo que no entiende muchas cosas ¿Pero qué lo protege de las sanciones?.

Es esta cuestión de una medicina basada en el miedo la que debemos reconsiderar. Un miedo que se traslada al paciente en el momento del diagnóstico y que tiene tal fuerza traslativa que puede desencadenar nuevas enfermedades. Es un miedo que ha impregnado todos los estamentos del discurso médico bajo la apariencia de una pretendida medicina científica, pero sin mentalidad científica. Sin cuestionar. Sin escuchar.

La verdadera función del médico no es seguir el protocolo sino cuidar la salud de su paciente.

Ayudar. Guiar. Servir. La relación entre el médico y el paciente es una relación entre sujetos. No entre un amo y un esclavo. Ni mucho menos entre instituciones y objetos.

Por eso presentamos antes de este resumen sobre las distintas elecciones terapéuticas el siguiente manifiesto sobre los factores filosóficos que todo médico debe considerar cuando un semejante acude a su consulta.

Muchas de estas terapéuticas no son consideradas convencionales, pero son usadas desde hace muchos años por gran cantidad de profesionales en todo el mundo, siendo de mucha utilidad para el tratamiento de los pacientes con cáncer.

Al ser el cáncer una enfermedad de causas múltiples, es indudable que un solo tratamiento no puede responder a todas las causas y es indispensable comenzar a evaluar las asociaciones más útiles para cada paciente en particular.

- 1) La quimioterapia
- 2) La radioterapia.
- 3) La cirugía
- 4) Los complejos fosfolipásicos
- 5) El ADN
- 6) Los tópicos
- 7) La homeopatía
- 8) La acupuntura
- 9) El cartílago de tiburón
- 10) La vitamina c
- 11) El muérdago
- 12) Los sueros
- 13) La psicoterapia
- 14) La espiritualidad
- 15) La Hormonoterapia
- 16) La inmunoterapia
- 17) Los trasplantes de médula ósea
- 18) Los tratamientos con láser
- 19) Los tratamientos con drogas que disminuyen la vascularización del tumor

Todas estas medicaciones (inclusive la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía, la inmunoterapia, los trasplantes de médula ósea, la hormonoterapia, etc.) deben ser consideradas como tratamientos coadyuvantes en la Nueva Medicina.

El eje del tratamiento es siempre la solución del conflicto psicobiológico. Sin ello, toda terapia solo puede ser paliativa, ya que la enfermedad se repetirá hasta la solución del conflicto. No creemos que ninguna sea más valiosa que la otra, sino que cada una de ellas debe ser usada en el paciente que la necesite y en el momento oportuno.

No nos extenderemos sobre los métodos convencionales, ampliamente difundidos en el tratamiento del cáncer. Haremos una breve descripción sobre otras opciones menos conocidas.

La Homeopatía.

Es una teoría médica que trata de curar las enfermedades por intermedio de sustancias altamente diluidas y dinamizadas. Estas sustancias, en forma pura y administradas a un hombre sano, producen trastornos semejantes a la enfermedad que combaten. Su axioma es: “*similia similibus curentur*”; es decir “sean los semejantes curados por los semejantes”.

Actualmente, la homeopatía es estudiada en distintas Universidades del mundo y existen hospitales de altísimo nivel científico dedicados a la atención homeopática.

Nace a principios del siglo XIX a través de los descubrimientos del médico alemán Samuel Hahnemann.

Lamentablemente, aún muchos la confunden con la prescripción de hierbas o el diagnóstico por el iris. También están aquellos “falsos homeópatas” que dicen usar medicamentos “naturales” para adelgazar y sólo usan.

A pesar de ello, cada vez más profesionales se vuelcan al estudio de posgrado que demanda la posibilidad de ejercerla.

Reposa en tres pilares: la experimentación en seres humanos, el uso del medicamento semejante (*similimum*) y las dosis infinitesimales.

Hahnemann llama fuerza vital al principio que regula la relación entre el cuerpo y el alma y permite la vida. La perturbación de esa fuerza es la que origina la enfermedad. En estado de salud, esta fuerza tiene completo control en los aspectos biológicos, fisiológicos y psíquicos, compensando los cambios a los que el medio ambiente lo obliga.

Las modificaciones ambientales, las emociones y los gérmenes, mientras no sobrepasan las defensas de la energía vital, no la alteran. Si ese límite es superado, sí pueden actuar como noxas patógenas.

Hahnemann llama enfermedades agudas a aquellas que evolucionan espontáneamente a la curación (salvo que por esa enfermedad se provoque la muerte) y llama enfermedades crónicas a aquellas que no tienen posibilidad de retornar a la curación. A su vez, llama miasmas crónicos a estados alterados de la fuerza vital que predisponen a desarrollar ciertas manifestaciones patológicas propias y características.

El Dr. Vannier describió una predisposición al estado canceroso que llamó *miasma cancerígeno*. Este *miasma* no solo predispone al cáncer, sino a otros estados patológicos (HTA, cistitis, etc.). En él describe tres etapas: a) *cancerínica*: es una alteración energética que si es tratada no desemboca en la enfermedad; b) *cancerosa*: aparición del tumor y c) *metástasica*: hay múltiples localizaciones y la pérdida vital es muy importante.

Sin suprimir el *miasma*, no habría posibilidad de realizar ningún tratamiento (ni siquiera el homeopático). Es decir que habría un estado *cancerínico*, una tendencia a producir tumores que debe ser tratados con los anti-miasmáticos correspondientes para borrar esa predisposición si se quiere encarar con éxito cualquier tratamiento.

La elección del medicamento se basa en la repertorización, en donde se privilegian los síntomas mentales, ya que expresan como ninguno los aspectos del carácter de esa persona.

Existen tres miasmas básicos (*psora-sycosis* y *syphilis*), pero el color de los síntomas será la resultante de la interacción trimiasmática para un momento biológico determinado.

Cada persona expresa una vulnerabilidad diferente al daño o la pérdida que sufre. Ansiedad, pena, temor, culpa, cólera, etc. Se han estudiado diversas personalidades homeopáticas, que definen el genio del medicamento a elegir. Como ejemplo, el medicamento Pulsatilla se define en base a un sentimiento de abandono con una tremenda necesidad de afecto que se expresa en una posesividad exagerada y gran labilidad emotiva. Otro medicamento como es Lycopodium expresa una falta de confianza en sí mismo pero con un orgullo que lo determina a la conquista del medio social.

La utilización de estos medicamentos ha demostrado, en los casi doscientos años de práctica que ya lleva, una extraordinaria utilidad para lograr el equilibrio psicorgánico de la persona.

En el caso del cáncer hemos visto cómo puede actuar en todas las etapas de la enfermedad, mientras la energía vital no está profundamente deteriorada. Es sumamente útil para tratar los comportamientos automáticos que dependen de la memoria a largo plazo (los rieles del conflicto activo que muchas veces no pueden ser tratados más que con esta terapéutica).

A su vez, el uso de extractos de tejidos cancerosos (de la biopsia de los propios pacientes) en dinamizaciones homeopáticas tiene un valor de isoterapia similar a las vacunas, y puede ser útil en el tratamiento de la enfermedad.

Creemos que la homeopatía es una de las principales terapéuticas en el tratamiento de cualquier enfermedad.

La acupuntura.

Es una rama de la Medicina Tradicional China, que data de una antigüedad de cinco mil años.

Detrás de la aparente sencilla operación de introducir agujas metálicas o estimular con calor ciertos puntos de la piel existe, sin embargo, una formidable estructura lógica, resultado de la observación del paciente y del cosmos que lo rodea, cuidadosamente transmitida y acrecentada durante miles de años.

Según los chinos, por sobre toda la superficie del cuerpo y en conexión con órganos y vísceras circulan unos canales conductores de un fluido llamado CHI, palabra que en occidente se ha traducido como “energía”. Los canales se llaman *meridianos* y los nudos que unen esos canales, se llaman “*puntos chinos*”.

Esta energía está compuesta por dos fuerzas iguales y opuestas, el Yin y el Yang. Según la región del cuerpo o el meridiano del que se trate, estas dos fuerzas permanecen combinadas en una proporción que asegura la salud. Cuando esta proporción se desequilibra, surge la enfermedad.

Las cinco tendencias de todos los seres vivos, es conocida como la “teoría de los cinco elementos” y cada uno de ellos contiene factores exógenos y endógenos. Así, el elemento “madera” actúa sobre el hígado como órgano, la cólera como emoción, el viento como factor climático, etc. El agua actúa sobre el riñón, el miedo, el frío, etc.

En general, podemos decir que la simpaticotonía es considerada Yang y la vagotonía, Yin. La causa de las enfermedades serán:

- a) las energías perversas: viento, frío, calor, humedad, sequedad
- b) las energías perversas curiosas
- c) los elementos psíquicos: alegría, cólera, angustia, obsesión del pensamiento, tristeza, miedo
- d) la alimentación deficiente y la fatiga
- e) los excesos sexuales, los traumatismos
- f) los microbios, las intoxicaciones
- g) la herencia.

Sería imposible hacer un resumen de esta teoría tan llena de misterios y de sabiduría.

En Occidente comienza a considerarse a principios del siglo XX (aunque se había utilizado esporádicamente con anterioridad) y actualmente su difusión es mundial, habiéndose establecido en diversos países del mundo como estudio universitario de posgrado. Hemos decidido incluirla en

las terapéuticas del cáncer, ya que es una importante aliada en el tratamiento del dolor y del desequilibrio energético que conlleva esta enfermedad.

Es llamativo cómo algunos dolores que no ceden a los más potentes analgésicos, ceden al uso de la acupuntura. A partir de técnicas como la electroacupuntura, la mesoterapia y la terapia neural (estimulación eléctrica e introducción de pequeñas dosis de sustancias en los puntos chinos), estos efectos analgésicos han aumentado.

Creemos que es indispensable el abordaje de la acupuntura con conocimiento de sus bases teóricas ya que el mayor efecto se producirá equilibrando el Yin y el Yang.

Para ello es indispensable tener en cuenta las únicas tres fuentes de energía de los seres humanos:

- a) la energía ancestral con la que nacemos.
- b) la respiración, a través del oxígeno, permite el metabolismo
- c) la alimentación como fuente de nutrientes.

Sobre la energía ancestral no podemos actuar, pero sí sobre la respiración y la alimentación. Es aquí que usando determinados alimentos considerados Yin (verduras, frutas, etc) podremos corregir un exceso Yang y a la inversa. A la vez, con determinadas técnicas respiratorias, podremos hacer lo mismo. Para esto, es necesario llegar a un diagnóstico claro de este desequilibrio, teniendo en cuenta la teoría de los cinco elementos y el método de los pulsos.

El tipo de tumor y su localización definen su tipología Yin o Yang. Por ejemplo, el linfoma de Hodking es Yin y el cáncer de colon es Yang.

La técnica conocida como “craneopuntura” es de mucha utilidad para trabajar localmente sobre los FH en el período de vagotonía. A su vez, el equilibrio energético del Yin y el Yang y su relación con los períodos de simpaticotonía y vagotonía (y especialmente con la crisis epileptoide) ofrecen un amplio margen de uso a la acupuntura.

El Muérdago.

El muérdago (*viscum album*) es una planta semiparásita que toma agua y minerales del árbol anfitrión (roble, manzano, pino) y le devuelve azúcares. La composición del extracto de muérdago depende así del tipo de árbol anfitrión.

Si bien el muérdago ha sido usado desde hace miles de años como planta medicinal, es Rudolf Steiner quien en la década del veinte comienza a utilizarlo para el tratamiento del cáncer, cuando funda la Medicina Antroposófica.

Este tipo de medicina considera dos niveles de fuerzas que organizan el comportamiento de las células vivas:

- a) Las inferiores: se ocupan de la división, crecimiento y expansión celular.
- b) Las superiores limitan el crecimiento celular y se ocupan de la diferenciación y la forma de la célula.

El cáncer sería producto de una debilidad de las fuerzas organizativas superiores, que da lugar a un exceso de proliferación celular y a la formación de tumores.

La planta entera es molida hasta formar un extracto acuoso que se fermenta con una bacteria (*Lactobacillum Plantarum*) y luego se filtra. Se administra habitualmente en forma subcutánea en la zona próxima al tumor. También se hace intra-tumoralmente e inclusive por vía endovenosa. La forma oral sólo se usa en caso de tumores cerebrales o de la médula espinal.

La preparación derivada del roble muestra el doble de potencia que la derivada del manzano. El compuesto de muérdago es una combinación de una enzima (cadena A) que inhibe la reproducción celular y una lecitina (cadena B) que actúa sobre los glóbulos blancos.

A las 24 horas de administrar Iscador (extracto de muérdago) aumenta significativamente la actividad de las células asesinas naturales (NK) y el ADCC.

Un estudio de Kovacks de 1991 halló tasas incrementadas de reparación del ADN en pacientes de cáncer de mama que recibían Iscador.

También se advirtió, en un estudio de Rentec, un ensanchamiento de la glándula timo en los pacientes sometidos a radioterapia a los que se le daba Iscador.

Se lo utiliza como tratamiento coadyuvante en quimio y radioterapia y para la preparación de una cirugía. También en tumores sólidos inoperables. Su utilidad es muy importante en la colitis ulcerosa, la leucoplasia, la papilomatosis de vejiga, los pólipos intestinales y las queratosis seniles. También es muy útil su combinación con el ADN y con la medicación homeopática constitucional.

La vitamina C.

En la década del setenta, el Dr. Cameron y el ganador de dos premios Nobel, el Dr. Linus Pauling, publicaron en forma conjunta *Vitamina C y cáncer*, en donde proponen la toma regular de altas dosis de vitamina C para prevenir y tratar la enfermedad.

Ya en 1960, Cameron había publicado *Hialuronidasa y cáncer*, en donde reflexiona que si se reforzara la sustancia de cemento que se encuentra entre las células aumentaría la resistencia de los tejidos normales, evitando que los tumores en su avance, dañaran e infiltraran los tejidos vecinos.

La estructura del cemento que “pega” las células está constituida por cadenas moleculares largas llamadas glicosaminoglicanos, que le dan fuerza a este cemento. Además, existen unos filamentos proteicos, llamados colágeno, que refuerzan el cemento como barras de acero.

Se sabe que los tumores liberan una enzima llamada hialuronidasa, que al desdoblar los glicosaminoglicanos, debilitan al cemento intercelular. Otros tumores liberan una enzima llamada colagenasa, que desdobla las fibras del colágeno.

Ambas enzimas actúan facilitando la invasión del tumor hacia los tejidos vecinos.

La idea de inhibir las enzimas que causan el debilitamiento del cemento fue lanzada por Cameron en 1971, postulando que la vitamina C estimula a las células normales a producir un factor que inhibe la producción de hialuronidasa. A su vez, el Dr. Pauling descubre que la vitamina C es indispensable para la producción de colágeno.

Cuando ambas ideas se juntan y ante la propuesta del Dr. Pauling de dar 10 gramos de vitamina C al día a los pacientes oncológicos, se comienza una experiencia con un número importante de pacientes en los que los tratamientos convencionales habían fracasado. Prácticamente la totalidad de este grupo tuvo una respuesta espectacular al tratamiento. Mejoría del estado general, recuperación del peso y regresión del tumor.

Debido al profundo interés que generaron estos estudios, el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos costó una serie de tres ensayos que se conocieron como “Estudios Moertel”.

Lo llamativo de estos ensayos fue que no se permitió al Dr. Pauling consultar el protocolo y el diseño de estos estudios. En contra de su opinión, el 90 % de los pacientes recibió quimioterapia, las dosis de vitamina C fueron administradas oralmente y no por vía endovenosa y esto se realizó por muy poco tiempo.

Los resultados fueron francamente negativos y los anuncios oficiales fueron de fracaso en el tratamiento del cáncer con la vitamina C.

En el mismo tiempo que se desarrolló el informe Moertel, se publicó un ensayo en Japón sobre pacientes llamados terminales con sorprendente éxito. Llama la atención los resultados nuestros utilizando los mismos medicamentos.

En 1989, el mismo Instituto Nacional del Cáncer emitió un documento oficial en que se reconoció el valor de la vitamina C en el tratamiento del cáncer.

En 1991, Cameron publicó un protocolo en donde recomienda diez días de tratamiento endovenoso y luego un régimen continuo de dosis orales.

A través de nuestra experiencia comprobamos la gran utilidad de la vitamina C en el tratamiento del cáncer, pero dada su gran labilidad, la asociamos a otra medicación que estabiliza su presencia en el organismo.

Prácticamente su efecto tóxico es nulo y si sobrevienen efectos colaterales leves, son tratados con disminución de la dosis.

El cartílago de tiburón.

A diferencia del hombre y de la mayoría de los peces, el tiburón no contrae cáncer lo cual ha llevado a investigar las causas de esto a muchos científicos.

Durante años se han tratado de desarrollar trasplantes de células cancerosas a tiburones y nunca se ha logrado. Se sabe que el esqueleto del tiburón no tiene hueso sino que está compuesto enteramente de una sustancia llamada cartílago. Este tejido tiene como principal característica el no poseer vasos sanguíneos.

En la década del setenta, Langer descubrió un factor de inhibición del crecimiento del cáncer (en modelos animales) en el extracto del cartílago de la escápula de los terneros.

La sustancia proteica extraída del cartílago del tiburón es similar al cartílago del ternero, pero éste contiene 0,6 % de cartílago mientras que el tiburón tiene 10 veces más. Se requieren 500 gramos de cartílago de ternero para producir la misma cantidad del factor inhibidor de tumores que la que puede extraerse de 0,5 gramos de cartílago de tiburón.

Sabemos que las células de los tumores para crecer necesitan desarrollar una red de vasos sanguíneos que le suministran sangre y alimento. Esto se llama angiogénesis, dependiendo el crecimiento de los tumores sólidos de su mayor actividad angiogénica.

El Dr. Folkman, de la Facultad de Medicina de Harvard, demostró que si un tumor no pudiera desarrollar esa extensa red de vasos sanguíneos para alimentarse, no podría crecer más allá del tamaño de una cabeza de alfiler. Si se separa al tumor de la red de vasos sanguíneos, los tumores dejan de crecer y vuelven a hacerlo cuando se los vasculariza nuevamente.

Por otra parte, el Dr. Gimbrone demostró que si se impedía el desarrollo de capilares sanguíneos en tumores transplantados, a lo largo de dos semanas los tumores no crecían. En ese mismo período, los tumores a los que no se impedía el desarrollo sanguíneo llegaban a aumentar hasta 16 mil veces su volumen.

En 1990 se aisló en el Instituto de Tecnología de Massachussets, el llamado factor anti-angiogénico o sustancia inhibidora derivada del cartílago (IDC).

Al respecto, se han publicado numerosos estudios en humanos. Citamos el de Van Zanct sobre cáncer de mama con 60 gramos de dosis orales; el de Lane sobre los llamados pacientes terminales con dosis administradas por vía rectal, y el estudio cubano con altas dosis vía oral.

Todos estos estudios demuestran una respuesta altamente positiva sobre el dolor, el crecimiento tumoral y el estado general del paciente. También son de destacar sus efectos en la artritis reumatoidea, el lupus, la psoriasis, etc.

No se han demostrado efectos tóxicos, aun con altas dosis.

Las psicoterapias

La solución de los conflictos psicobiológicos, implica el abordaje de la historia del paciente y su novela familiar. Existen distintas formas de realizar ese abordaje: el método clínico, el psicoanálisis, la hipnosis, el juego, las constelaciones familiares, etc. A todas ellas las llamamos psicoterapias. Sólo nombraremos algunas de ellas.

El Dr. Hamer refiere que existen distintas formas de solucionar un conflicto:

- a) un consejo práctico
- b) a través de la sugestión o hipnosis
- c) a través de la intervención familiar
- d) a través de la reconversión socio-familiar

A su vez, el Dr. Herrera plantea la necesidad de ofrecer una solución práctica y concreta al conflicto que ha desencadenado la enfermedad.

Creemos que ambas posturas son fundamentales para que el paciente normalice su sistema autónomo y el cerebro reciba un claro mensaje de que no debe continuar generando respuestas biológicas ante un conflicto de supervivencia.

Así, alguien que ha perdido su trabajo y que siente esa pérdida como una amenaza a su territorio (generando un cáncer de pulmón) debe encontrar rápidamente otro trabajo y, a la vez, aprender a verbalizar y compartir lo que le está sucediendo. Aunque en nuestro país esto parece una utopía, creemos que si los gobiernos tomaran conciencia de la incidencia de la desprotección laboral y económica en la que vivimos de la aparición de muchas enfermedades incapacitantes, invertirían mucho menos recursos en tratamientos médicos y muchos más en crear condiciones de vida dignas.

La realidad cotidiana nos dice que la solución práctica no siempre es posible y el impacto del conflicto es tal que toda posible solución parece quedar fuera del alcance del paciente. Esto es muy común en aquellas personas que reciben brutalmente el diagnóstico de cáncer o de metástasis y literalmente se desmoronan. Hemos visto morir a personas pocos días después del diagnóstico sin responder a ninguna medida terapéutica. Los programas cerebrales arcaicos “toman el mando”, el control inmunológico agota su función y el Yo del paciente pierde todo control sobre la situación.

Debemos (medica y socialmente) hacer todo lo posible por evitar llegar a este momento con todas las medidas que sean necesarias y que contemplen la integración entre la mente, el cerebro y el cuerpo.

Las actitudes sociales hacia el cáncer deben cambiar en base al conocimiento de las cinco leyes, haciendo una progresiva sustitución de las viejas creencias. La persona que tiene cáncer ya se ve muerta y enterrada y los tratamientos convencionales son tomados como una prolongación en vano de los sufrimientos. El saberse enfermo de cáncer es ya un nuevo conflicto de supervivencia, generador de un “estado canceroso” que la especie debe aprender a sustituir en sus “memomas” por nuevas actitudes que contemplen la dificultad de esta enfermedad pero no su imposibilidad.

Llegará el momento en que así como le sucede a una persona que se ha fracturado un hueso y que sabe que si se inmoviliza el hueso se curará, ocurrirá lo mismo con el cáncer y otras enfermedades.

Se habrá aprendido colectivamente un condicionamiento distinto al actual y el paciente sabrá que su curación pasará por la solución del conflicto desencadenante. Se seguirán tomando todas las medidas médicas que el momento de la enfermedad requiera, pero el paciente tendrá una conciencia distinta de lo que le pasa.

Se evaluará en todos los niveles (médico, social, político, económico, familiar, etc.) qué es lo importante en la vida de cada uno. La significación de los otros y como esos otros también existen en uno.

Nadie entrará en pánico por estar enfermo. Los médicos se convertirán en aliados para la recuperación integral del sujeto enfermo. Los ayudarán a encontrar sus conflictos actualmente activos y escucharán a sus pacientes, que se convertirán en los verdaderos protagonistas de su curación. La medicina no se ocupará de la prevención de las enfermedades indicando anti hormonas o cirugías profilácticas sino siendo una fuente de conocimiento personal, familiar y social. Los planes de salud contemplarán verdaderamente las esperanzas y las frustraciones de las personas, sus creencias y sus motivaciones. El concepto de “naturaleza humana” existirá realmente en la medicina para que las sociedades no sigan creando víctimas de víctimas.

Se entenderá la ignorancia de los que están en el poder.

Cuando la especie, como colectivo social, asuma concientemente el verdadero origen de la enfermedad, la opresión de los sistemas de poder caerá por su propia inutilidad.

Es la ignorancia de que los verdugos también pueden llegar a ser víctimas lo que los lleva a seguir siendo verdugos.

Es así como se irá creando un nuevo sistema médico. No de derecho (lo que debe ser) sino de hecho (lo que es). Cuando entendamos esto, veremos realmente lo que sucede y no lo que según las estadísticas debería suceder. Una medicina natural es una medicina basada en las leyes de la naturaleza. Y a ellas las vamos a encontrar en los requerimientos que la vida le ha impuesto a los seres vivos a lo largo de su existencia.

Son las adaptaciones a estos requerimientos las que la medicina debe estudiar para comprender la enfermedad. Y también debe entender que el hombre guarda en su relación mente-cerebro-cuerpo una biológica que su psico-lógica no puede manejar.

Es así que vamos a proponer un *decálogo de abordaje psicoterapéutico*. Esquemáticamente, vamos a tratar de:

1) *Lograr que el paciente verbalice su situación actual y la que se detecte como desencadenante del conflicto psicobiológico*. Para ello contamos con:

a) *La reconstrucción de la historia del paciente*. Hamer plantea que se debe actuar como un detective, siendo muy preciso en las fechas y en el colorido de las palabras del paciente. Cuando éste dice...”no sé si esto tendrá importancia, pero ahora me acuerdo que...”, ahí aparecen los sucesos primarios o los rieles que nos llevan al DHS.

b) *La lectura de la TAC cerebral*. Ella nos permite no sólo hacer un diagnóstico preciso del órgano enfermo y el tipo celular afectado, sino además del estado actual del conflicto y por lo tanto de su repercusión orgánica (si las células están proliferando o el tumor es antiguo y ya no va a crecer). Además nos permite una lectura de la vida psíquica del individuo desde su origen, fundamental para plantear que cuestiones debe abordar para no enfermarse.

2) *Desdramatizar el diagnóstico*. El paciente debe aprender a tomar distancia de la concepción de la enfermedad como algo puramente orgánico. Esto no debe ser una cuestión meramente teórica (“no a los virus o al cigarrillo; sí a los conflictos psicobiológicos”) sino que necesita de un cambio en toda la estructura médica. Estar en un sanatorio u hospital debe ser un motivo de alegría, ya que aprenderé las actitudes que debo cambiar y porque allí se me facilitará ese cambio, a la vez que se cuidará mi cuerpo sin intervenciones hostiles ni cruentas. Se utilizará toda la moderna tecnología médica pero teniendo siempre en cuenta las cinco leyes de la NM. Las instituciones estarán al servicio de encontrar una solución concreta a los desencadenantes de la enfermedad a través de servicios laborales, sociales, psicológicos, etc. (no se tratará de ponerle un psicólogo al lado de la cama para que le cuente sus miedos sino de detectar el DHS y ofrecer una rápida y concreta solución: buscar una inserción laboral, llamar al familiar del que se distanció, buscar una salida al próximo remate de su casa, etc). Cuando comprendamos que la enfermedad se produce en esta interacción, lograremos entender que la curación debe ser un acto sobre la vida del paciente y no sobre su enfermedad.

3) *Ofrecer planes de tratamiento orgánico sobre los cuales el paciente tenga una información veraz y clara*. Muchos no se curan porque no creen en “lo que les están haciendo”, determinando así que todo su sistema psico inmunológico rechace el tratamiento instituido como algo perjudicial. Sabemos que una quimio o una radioterapia (si el conflicto está activo) serán interpretadas por el cerebro como una agresión que acentuará el conflicto y su respuesta orgánica. Debemos lograr que el paciente salga de la fase simpaticotónica y que su sistema psico inmunológico esté al servicio del tratamiento y no en contra de él. A partir de la superación del conflicto activo, todo tratamiento aumentará su eficacia y el paciente se limitará a esperar tranquilamente que finalice la curación (como el paciente fracturado sólo espera que el hueso termine su callo y le retiren el yeso).

4) *Plantear la necesidad de formar una “campana terapéutica” mientras se resuelva la enfermedad*. El paciente debe aislarse de todo lo que pueda generar los comportamientos automáticos que reactiven su conflicto. Ésta es una de las principales dificultades que se presentan en toda persona que tiene una enfermedad.

Los llamados “rieles secundarios” son todos aquellos sucesos que rodean a la persona y que de alguna forma se asocian (conciente o inconscientemente) a los conflictos que lo han llevado a enfermarse. Muchos creen que pueden seguir conviviendo con estos hechos y “manejarlos”, pero la realidad dice que estos hechos los “manejan” a ellos. Desavenencias familiares, problemas laborales, conflictos de pareja, etc., son fuente permanente de irritación del los FH, que deben ser cuidadosamente protegidos en su etapa de curación. Los graves diagnósticos y los peores pronósticos tienen que ser sustituidos por un clima de confianza y seguridad en lo que se está haciendo. Si es necesario, el paciente debe ser retirado de ambientes familiares que no entienden

la influencia que ejercen en la evolución del enfermo. Las miradas y los gestos de temor o de descrédito en la recuperación deben dar paso a los mensajes claros y firmes que el paciente debe incorporar en su vida cotidiana. Merece estar rodeado de personas capaces de tranquilizarlo y hacerle sentir que la situación está controlada. El pánico, por sí mismo y a través de los mecanismos del estrés puede activar condicionamientos extinguidos y la llegada de una noticia inesperada puede derrumbar a una persona cuya evolución hasta ese momento había sido buena.

5) *Operar sobre las creencias del paciente.* Para poder hacerlo, primero hay que conocerlas. Se debe preguntar al paciente con qué hechos de su vida cree que está relacionada su enfermedad. Si confía en el tratamiento que se le propone. Si cree que va a superar su dolencia. Si ha conocido en su entorno personas que han padecido su misma enfermedad y qué pasó con ellos. Como percibe las palabras y las actitudes de los que lo rodean con respecto a su capacidad de superar la enfermedad. Cómo ve su vida después de la enfermedad.

Todas estas son creencias sobre las que hay que actuar rápidamente para que influyeran positivamente el curso de la dolencia. Podemos hacerlo desde la palabra con autoridad, desde la sugestión o con técnicas de programación adecuadas. Lo cierto es que si la mente actúa sobre el cuerpo y las creencias sobre la mente, tenemos la oportunidad de actuar sobre el cuerpo, operando sobre las creencias.

6) *Trabajar con las constelaciones familiares con técnicas individuales o grupales.*

Toda persona que llega al mundo ya pertenece (aún antes de nacer) a una constelación de roles familiares que será la que le dé o no un lugar en el mundo. El precio a pagar por obtener ese lugar es inscribir en su lógica una red de creencias que pertenecen a ese grupo con el que interactúa (inclusive con sus síntomas) en forma permanente.

Hay un mensaje cifrado que Hellinger propone para entender esta dinámica. Una madre pasea con su hija y esta le pide un helado. “No, porque te hace mal a los dientes”, responde la madre. Al rato, la hija vuelve a pedir un helado. “No, porque te va a hacer mal al estómago”, responde la madre. Luego de un tiempo, la hija vuelve a insistir. “No, porque es muy caro”, es la nueva respuesta.

Al cabo de un tiempo, la madre entra en una heladería y se compra un helado para ella. Toma una cucharita y le da una porción a su hija que lo recibe muy contenta.

Un mensaje que, aunque sea cifrado, habla de las vueltas del deseo y de cómo se va inscribiendo lo que es bueno y lo que es malo en un sistema familiar.

Un sacerdote amigo mío me enseñó una forma muy particular de actuar sobre las constelaciones familiares. El médico suele ser un “padre” al igual que el sacerdote. El me contó que una señora lo iba a ver a la parroquia y le decía que se quería suicidar. “Me di cuenta que quería depositar en mí toda la responsabilidad como “padre” por lo mal que le iba en la vida. Un día me encontré en la puerta de la parroquia, me paré y me dijo “Padre, no quiero seguir viviendo más; me quiero suicidar”. Yo la agarré del brazo y le dije: “Mirá, vieja de mierda, si no te matás vos te mato yo. Y cuando te entierren, voy a ir al velorio y te voy a mear el cajón”.

Esa mujer creía que el “padre” la iba a salvar, asignándole un rol de omnipotencia que la podía sostener en su síntoma.

Mi amigo me contaba que la mujer nunca más se quiso suicidar y que actualmente es una activa colaboradora de sus actividades parroquiales.

7) *De-construir la historia personal.* El psicoanálisis tiene un lugar privilegiado en la posibilidad de dar un sentido a todos aquellos significantes que, siendo pre-verbales y participando de lo que llamamos “discurso del cáncer”, pueden incorporarse a la palabra y a la representación psíquica.

En el discurso del paciente con cáncer y con otras enfermedades crónicas se observa una gran dificultad para reconocer los conflictos, privilegiando siempre el ajuste a la realidad cotidiana, el rendimiento social y las exigencias ideales.

Podríamos decir que son personas poco neuróticas, que en lugar de experimentar el dolor psíquico, lo convierten en dolor físico.

En su dinámica encontramos: a) separación en la infancia de un objeto querido; b) rememoración de tal separación por un DHS y c) aparición de la enfermedad

El primer momento (a) no está dialectizado. La marca que deja no es percibida por el sujeto ya que pertenece al campo de la necesidad (no del deseo). Cuando un suceso de la realidad externa restituye esa marca no integrada, aparece la enfermedad.

En el análisis surge la posibilidad de descifrar, en el surgimiento del lenguaje, cómo aparecen fallas que hacen que el sujeto intente hipótesis que construya el camino que va de lo pre verbal a lo verbal. En esas fallas encontramos significantes impuestos que actúan como estímulos condicionados. El sujeto (aún cuando ya es sujeto de deseo) actúa reaccionando en el campo de la necesidad. Cuando encontramos esos significantes y podemos integrarlo en el discurso del paciente, estamos actuando sobre el órgano enfermo.

8) *Identificar los patrones de condicionamiento de las emociones.* Cuando trabajamos este tema, advertimos que los aprendizajes condicionados no desaparecen nunca pero que sí pueden ser extinguidos. También sabemos que, al exponerse nuevamente a los estímulos condicionados, el comportamiento reaparece.

Creemos que todas las técnicas (desde la programación hasta la hipnosis) que ayudan a extinguir aprendizajes deben ser usadas teniendo en cuenta esa facilidad para la repetición de automatismos. De todos modos, son de apreciable utilidad, cuando se advierten comportamientos repetitivos de los que el propio paciente no toma conciencia y que lo llevan a reactivar el conflicto psicobiológico.

9) *El trabajo con dibujos.* La gran dificultad para usar metáforas o trabajar con símbolos, que demuestran estos pacientes hace del uso del dibujo un aporte esencial en la búsqueda de significantes arcaicos que, al adquirir un sentido, podrán integrarse al discurso del sujeto.

Siempre pedimos a los pacientes que dibujen su cuerpo, su tratamiento, su enfermedad o lo que se les ocurra. Uno de los primeros dibujos es el de su esqueleto, ya que aporta un material riquísimo en connotaciones simbólicas. En los pacientes con cáncer, encontramos muchas veces, un cráneo muy pequeño, un tórax sin costillas y los pies sin forma. Caderas vacías, falta de esternón, manos muy largas y muchísimo material que permite que el paciente, a través de interpretaciones adecuadas, vea su propia imagen corporal.

La descripción en dibujos y en colores de los tratamientos y de la enfermedad, es una guía fundamental para conocer las creencias del paciente y trabajar con ellas.

10) *Las visualizaciones.* Éste es un trabajo muy conocido a partir de lo publicado por el Dr. Simonton. Hemos visto que tanto la meditación occidental como oriental coinciden en cuatro aspectos: a) relajación, lograda a través de tres niveles (pensar, concentrarse y sentir) sobre las distintas partes del cuerpo, que así se van aflojando; b) respiración, lenta, suave y profunda, siguiendo mentalmente el recorrido del aire a través de los tres niveles logrados; c) repetición de una frase, en Oriente se los conoce como “mantrams” y en Occidente suele ser una frase con sentido positivo o espiritual; d) visualización, en la que el paciente imagina su enfermedad y cómo se cura.

Son innumerables las técnicas que se han propuesto para las visualizaciones. Éstas van desde ejercicios guiados por el terapeuta hasta guías interiores que surgen espontáneamente del paciente.

Hay quienes ven a su enfermedad friéndose en una sartén y otros como una gran bola que es atacada por un ejército de glóbulos blancos. Creemos fundamental que cada uno logre espontáneamente su propia visualización y que el terapeuta tenga intervenciones concretas dirigidas al conflicto actual.

Hemos visto respuestas espectaculares con técnicas simples que cualquier persona puede realizar.

Este decálogo es la forma en que nosotros abordamos al paciente. No creemos que sea el único ni el mejor. Es sólo el fruto de nuestra experiencia.

Dios ilumine a todos los profesionales para saber qué están haciendo cuando un semejante les pide ayuda.

La espiritualidad.

Desde el lugar de la ciencia no puede considerarse a la espiritualidad como una elección terapéutica. Esto es claro para nosotros. Pero creemos que ninguna de las elecciones que proponemos puede tener verdadera eficacia sin contemplar el camino de la espiritualidad.

El único nexo en común que encontramos en los pacientes que trascienden todos los pronósticos de “incurabilidad” es el haberse volcado a una relación personal con Dios.

Queremos dejar en claro que no hablamos de ninguna religión sino de la actitud de trascender el plano físico y mental e intentar un reconocimiento a esa verdad infinita y llena de misterios que llamamos Dios.

Quizás es la parábola de los diez leprosos del Nuevo Testamento la que mejor la expresa. En ella se relata que estando Jesús en viaje a Jerusalén para festejar las Pascuas, atravesó la tierra de Samaría. Para los judíos (y Jesús era judío) era fundamental permanecer puro en los días previos a la Pascua. Nada más impuro que un habitante de Samaría, más aun si éste era leproso. A lo lejos, diez leprosos le gritan “Jesús, maestro, ten compasión de nosotros”. No lo reconocen como Dios, sino como maestro. Por toda respuesta, Jesús les dice “vayan a presentarse a los sacerdotes”. No es que los eche, sino que en ese entonces eran los sacerdotes los que determinaban quienes habían sido curados por Dios.

Los leprosos se van y “en el camino” se dan cuenta de que estaban sanados de su lepra. Entre ellos (todos judíos) hay un extranjero (un habitante de Samaria) y al darse cuenta de su curación, retrocede y “alabando a Dios” se acerca a Jesús, “pone su rostro en tierra” (lo reconoce como Dios) y le agradece.

Jesús le pregunta “¿Cómo, no eran diez los curados y sólo uno, el único extranjero, vuelve a agradecer?”.

Es ahí cuando dice la frase reveladora: “Vete, porque tu fe te ha salvado”. No le dice “sanado”; le dice “salvado”.

Reconocer a Dios (es decir, a la verdad) es lo que definimos como espiritualidad.

Había una antigua tribu hebrea que se llamaban los “Therapeuticum”, cuya única función era “guiar, servir y ayudar” a sus semejantes. De ellos surge el origen de la palabra terapéutica. Un origen que hemos olvidado y que la mayor parte de las veces, nada tiene que ver con las propuestas terapéuticas de la medicina.

Desde este nivel, la espiritualidad es también un abordaje terapéutico. El que busca sólo sanarse y no salvarse, pierde la inmensa oportunidad que le da su enfermedad de trascender la muerte y nacer a una nueva vida. Habrá muchos caminos para encontrarse con Dios. Los que proponemos desde este lugar son dos: la oración y el discernimiento.

Orar es hablar con Dios. Como uno pueda, sepa o quiera. En el secreto del cuarto o en comunidad. Crear una relación personal. Sin “caretas”. A Él, no lo podemos engañar.

Para hablar con Dios, hay que confiar en Él. Uno no le cuenta sus secretos a cualquiera. Pero no alcanza con la confianza. Se necesita algo que se llama *Fe*.

Cuentan que un famoso equilibrista tendió una cuerda entre dos edificios a 50 metros de altura y se aprestaba a cruzarla. La gente que había llegado hasta allí para ver el espectáculo lo miraba asombrado. Entonces el equilibrista se dio vuelta y les preguntó si ellos tienen confianza en que lograría cruzar hasta el otro edificio. Todos contestan que sí porque él es muy famoso. El equilibrista volvió a preguntarles si ellos tienen fe en que podía lograrlo. Y le volvieron a responder que sí.

El equilibrista tomó una carretilla, la puso sobre la cuerda, se volvió hacia el público y les dijo: “ya que tienen fe en mí, que alguien se suba a la carretilla y cruce conmigo”.

La fe es la certeza de lo que aún no ha ocurrido. Por lo tanto, es acción. No hay dogma en esto. Es un cincuenta y cincuenta. Si no actúo con la verdad, si no creo en lo que digo y en lo que hago, Dios no se mete en mi vida y la oración (por más bella que sea) es un montón de palabras vanas. Pero cuando la oración se realiza con fe y me arrepiento de que mis palabras avergüencen a mis acciones, Dios se mete en mi vida y la santifica.

No es el poder de la oración. Es el poder en la oración. Es en la presencia de Dios donde puede ocurrir lo imposible.

Saber discernir es tener sabiduría. Como médico, saber qué tengo que hacer con mis pacientes. Como paciente, saber que tengo que hacer con mi enfermedad. Como persona, saber que tengo que hacer con mi vida.

Sin discernimiento, todos mis conocimientos son vanos. No sirven para nada. Ni siquiera para poder escuchar en medio del ruido que hay en mi cabeza la suave brisa con la que Dios me habla.

No importa que seas escéptico, dogmático o teólogo (que, según Lacan, son los únicos verdaderos ateos). Lo que importa es que juegues en serio. Alan Watts decía que indudablemente la vida es un juego pero que mucha gente no conoce el reglamento. La oración y el discernimiento forman parte de ese reglamento. Si uno pretende jugar al ajedrez con las reglas de las damas, le va a ir muy mal. Uno tiene que jugar en serio porque la vida va en ese juego.

La oración y el discernimiento son las dos vías de acceso a la espiritualidad. Hablar con Dios. Preguntarle y preguntarse qué salva mi vida. Poder diferenciar cuándo habla mi egoísmo y cuándo mi espíritu. No es fácil, pero cuando uno lo logra siente una profunda paz que ningún estado mental puede alcanzar.

Hemos visto a muchos enfermos lograr esa claridad que todo lo trasciende. Es por eso que muchas veces oramos por y con nuestros pacientes. Y que tratamos de abrir un camino que conecte a ese semejante con la Verdad de Dios, con su Sanación y con su Salvación.

La Fitoterapia

La fitoterapia es el tratamiento de las enfermedades a partir de las plantas medicinales.

Su uso y origen se conoce desde los tiempos más remotos de la historia. Las distintas culturas del planeta, en todos los continentes, desde la medicina tradicional china, pasando por los alquimistas de la era greco-romana, hasta los mismísimos aborígenes americanos de las culturas inca, quechua, aimará, maya, azteca y caribe, usaban como principal elemento de curación las distintas partes de las plantas, es decir, que se desarrolló un conocimiento etnomédico de las plantas; probablemente no tenían otro camino que el de conocer lo que la naturaleza les proveía. Aún en nuestros días, en países de África y América se pregonan el empleo de la curación de enfermedades a partir de las plantas medicinales.

La llegada de la química de síntesis, a través de algunas fórmulas medicamentosas utilizadas por la mal llamada “medicina oficial” a partir del siglo XIX y XX, trajo una persecución despiadada de los tratamientos a base de plantas medicinales, que incluso fueron excluidas de los planes de estudio de algunas Facultades como la de Medicina y Farmacia. Hubo algunas excepciones en la elaboración de medicamentos, como lo fue el uso de la digoxina (digitálico) y la aspirina (ácido acetilsalicílico), ambos obtenidos de plantas medicinales y que no han podido ser reemplazadas y elaboradas mediante técnicas de química pura de síntesis.

Pese a la persecución y exclusión como materia de estudio, en muchas partes del mundo se produjeron dos hechos importantes:

1) Muchos investigadores básicos, sin recursos y con mucho esfuerzo, establecieron distintos métodos de investigación sobre la obtención de principios activos de las diferentes partes de las plantas y para ello instrumentaron todos los recursos tecnológicos que les suministraba la química analítica.

2) El uso tradicional de las plantas medicinales fue transmitido de generación en generación para mantener viva la esperanza de usar productos de la madre naturaleza con la finalidad de curar y/o mitigar los dolores que de otra manera no se podían tratar por no estar cerca de un hospital o de algún centro de atención sanitaria.

Cuando uno realiza una búsqueda bibliográfica, encuentra reproducciones de papiros, inscriptas en las cavernas y muchos otros recursos arqueológicos de culturas del pasado. La inscripción y Transcripción de esa información han permitido recuperar, reordenar y trabajar sobre nuevas, pero antiguas al fin, fórmulas y plantas medicinales y tóxicas.

La experiencia aportada por el pasado de muchos pueblos indígenas, orientales, persas y chinos ha sido la inspiración para que hoy se recreen las condiciones de trabajo -con nuevos aportes

tecnológicos- para el descubrimiento cada vez mas vasto de las propiedades de algunas plantas así como de sus componentes activos.

En una planta, sus componentes activos -que seguramente serán todos- tienen una acción diferente cuando se encuentran separados. En este caso podemos decir que el resultado total no es igual a la sumatoria de sus partes; así por ejemplo, en algunos casos, al extraer un solo componente como principio activo de una planta, éste puede no tener la misma acción o ser todo lo contrario y hasta resultar tóxico. Se entiende, entonces, que cada uno de los elementos químicos está interactuando permanentemente para tener una acción bioquímica específica, lo que obliga a pensar que separado o aislado puede no tener acción alguna.

En lo que hace a la utilidad de las plantas medicinales en el cáncer, actualmente se está trabajando con varios productos que, luego de ser estudiados y explorados, en algunos casos se obtienen síntesis química.

Entre estos productos podemos citar: Taxol, Uncaria tormentosa (uña de gato), Alcaloides de la Vinca (Vinblastina, Vincristina, Vincubina), Serenoa repens (palmetto), Echinacea purpura, Hedera helix, etc; y muchos otros que se usan actualmente para tratar determinados cánceres, como monodrogas asociadas entre sí o con otras drogas.

Vale decir que no se debe dejar de lado el uso tradicional de productos obtenidos de las plantas cuyas propiedades medicinales estén comprobadas y que obviamente no tengan toxicidad. El desafío es grande y la experiencia y el uso científico y con criterio de las plantas medicinales puede de alguna manera contribuir a mejorar la quebrantada salud de muchos y a gastar sólo lo necesario.

Complejos fosfolipásicos (venenos de serpiente)

“La verdad es hija del tiempo y no de la autoridad”

Francis Bacon

Siguiendo al Dr. Juan Carlos Vidal, podemos decir, “que los venenos de serpientes constituyen la secreción oral más altamente especializada entre los vertebrados (...) la complejidad de su composición junto con la diversidad de sus acciones constituye dos características de los venenos de serpientes que los diferencia claramente de las ponzoñas producidas por los invertebrados: arácnidos, insectos y celenterados”. (1976, venenos de serpientes. Tomo 32 enero-febrero-marzo-abril).

También podemos decir que los venenos de serpientes, son mezclas complejas en las que predominan enzimas, proteínas y toxinas, de estructura químicamente complicadas y que a veces resulta muy complejo separar e identificar, lo que dificulta el análisis y ulterior estudio de su acción tóxica y terapéutica.

Debemos considerar la importancia del veneno para la serpiente. Es vital, pues a partir de él la serpiente obtiene su alimento, (para lo cual necesita inmovilizar rápidamente a la presa iniciar el proceso digestivo de la misma) y además lo utiliza para defensa cuando es atacada intencional o accidentalmente.

La complejidad de la composición de los venenos, así como la diversidad de sus acciones constituyen sus elementos característicos que les confieren una gran significancia para la investigación científica, porque:

- 1) Constituyen la fuente de enzimas más concentradas en la naturaleza.
- 2) Las enzimas que contienen son habitualmente muy estables y capaces de actuar dentro de una escala muy amplia de condiciones experimentales.
- 3) Tratándose de una secreción presenta ventajas frente a otros materiales como fuentes de extracción de enzimas.

- 4) La disponibilidad de preparaciones comerciales ha facilitado la obtención de los mismos.
(Dr. J.C. Vidal)

Antecedentes terapéuticos sobre el uso de venenos ofídicos en medicina

En los últimos años se han descubierto, celosamente guardados y enterrados en monasterios y en los fondos de algunas iglesias europeas que datan de la Edad Media, algunos manuscritos, fórmulas químicas y matemáticas y principios de leyes físicas.

En 1975, el naturalista KARL EBSTEIN, mientras realizaba investigaciones de carácter científico, halló por casualidad en una iglesia (en Rot, Alemania cuya edificación data del año 1925), interesantes escritos, aparentemente anónimos, en los cuales se expresan a manera de fórmulas, distintas indicaciones acerca del aprovechamiento del veneno de serpientes (supuestamente especies europeas, aunque no se especifican los nombres), para ser utilizadas con éxito en el tratamiento de algunas enfermedades, entre las que se citan la “peste negra” y cólera.

A continuación enunciaremos brevemente algunos de los tantos antecedentes históricos sobre el uso de los venenos ofídicos:

Antes del Descubrimiento

...Aristóteles, Aeliano, Dioscórides, Plinio y otros griegos, preconizaron el uso de venenos ofídicos en las enfermedades más diversas.

...El Teriak (antigua Farmacia), creado por Mithriades VI, Rey de Pontus y mejorada por Andrómacus, Médico de Nerón, realizaba formulaciones con carne, piel y glándulas venenosas, desecadas de serpientes del Nilo, para el tratamiento de Artrosis y enfermedades óseas.

...Ocurre lo mismo en la literatura Hindú, que relata sobre el uso del veneno de cobra en el tratamiento del cáncer. Así lo describen en el Indian Research Centre. Medicina “Ayurveda”.

Hacia 1800, tanto en Europa como en América se relatan los casos de cáncer y otras enfermedades, usando como único tratamiento el veneno de serpientes locales.

...En 1825, el Dr. Benjamín Woodbrug dice haber empleado el veneno de cobra americana “*Crótalus Horridus*” con relativo éxito en cáncer.

...En 1833, el Dr. P. Bergamo de Italia, usó el veneno de la serpiente *Vipera berus* en el tratamiento del cáncer.

...En el año 1837, es el mismo Dr. Hering, realizó la primer experiencia terapéutica con el veneno de la serpiente cascabel americana “*Crotalus horridus terrificus*” en la enfermedad del cáncer.

A comienzos de 1900 se producen los principales acontecimientos en las investigaciones sobre el veneno de serpientes y el tratamiento de enfermedades crónicas como artritis, esclerosis múltiple, cáncer, sífilis y tuberculosis.

...Para 1902-1903, los Dres. Calmett y Kyesen, de Francia, descubren la Fosfolipasa A2, que justamente se encuentra ampliamente distribuida en casi todos los venenos ofídicos, demostrando una gran actividad hemolítica.

...En 1907, el Dr. G Dients, de la Universidad de Chicago, recomienda el uso del veneno de las serpientes *Crótalus Horridus* y *Lachesis muta*, en los casos de cáncer gástrico avanzado. También se presentan los casos tratados por el Dr. L.E Self, de Texas, sobre el uso del veneno crotálico en casos de cáncer avanzado.

...En 1918, el Dr. C. B. Farmachidis, de los Estados Unidos, publica su primer trabajo sobre: “*Cobra venom, reaction in cancer*” En el mismo se relatan los resultados obtenidos mediante el uso de venenos de distintas especies de serpientes.

...En Argentina, el premio Nobel de Medicina, Dr. Bernardo Houssay, en colaboración con el Dr. Sordelli, hacen publico mediante un serio trabajo de investigación sobre “*Action des venins de serpents sur la coagulation du sang in vivo*” Comptes rendus desces de la Societé de Biologie, tomo 82, p 1029.

En esa misma época, en Sudamérica, el Dr. Vital Brazil, del Instituto Butantá, investiga las acciones del veneno de *Crótalus* para calmar el dolor y el sufrimiento de los pacientes con cáncer avanzado.

Para 1933, se presenta la primera estadística mundial de 115 pacientes con cáncer, mejorados con el veneno de la serpiente *Naja Naja siamensis* (Cobra). Se logran remisiones tumorales importantes. (Dres. Calmett, Monaelesser y Taguet de París, Francia).

Un hecho importante ocurre en Austria y Suiza, donde se registra por primera vez un medicamento para el cáncer obtenido del veneno de la Cobra de la India, (*Naja naja*) diluido en forma homeopática, usando como principio activo el Cobrotoxin, en la Societé Medicale des Hospitiaux de París. El medicamento se denomina Trachozid.

A todo esto se agrega los trabajos presentados en París, Francia por los Dres. Taguet y Monaelesser, quienes en 1933 presentan dos grandes y extensos trabajos sobre los resultados de pacientes con cáncer tratados con venenos de cobra. Las publicaciones fueron realizadas en la revista Les Neoplasmes, Tomo 12 N° 4 Juillet, pp. 232-249 et 291-300, Bulletin des sances de L’Academie de medicine, Tomo 109 N° 11, p.371.

Argentina y Brasil no escapan a esa corriente científica y médica. Se presenta dos importantes trabajos de los Dres. Castro Escalada, Barú Rossi, Calderón, Vital Brazil, Afranio Amaral y Castro

Araujo. En ellos se relatan los numerosos casos de cáncer tratados con los distintos venenos de serpientes: Cascabel y Yararás, *Crótalus* y *Bothrops*.

Es en 1935, cuando aparece el Primer libro sobre la experiencia y los distintos tratamientos del cáncer avanzado y la terapéutica del dolor a partir de los venenos ofídicos, a cargo del Dr. Pedro Castro Escalada. El libro se titula *Tratado de Ofidioterapia, Anatoxinas y Anavenenos*. Es de un gran valor médico y científico, ya que en él se describen los distintos tratamientos, los resultados, los fracasos terapéuticos, las distintas diluciones homeopáticas y las vías y formas de administración.

Así mismo se relatan los protocolos que usaba el Dr. Vital Brazil en el Instituto Butantan, de Brasil. Los venenos utilizados por el Dr. Castro Escalada fueron los de *Crótalus durissus terrificus* (Cascabel), *Bothrops alternatus*, *Bothrops cotiara*, *Bothrops jararaca* y *jaracusu*. Los resultados fueron alentadores en la mayoría de los casos hubo remisión tumoral y desaparición del dolor.

En dicha publicación, el Dr. Castro Escalada hace mención de varios colegas médicos que vienen participando en dichas experiencias con los venenos ofídicos y cáncer. Así, por ejemplo, nombra a Calcagno, Nicolini, Calderón, Sordelli, Rossi, Ramírez, Yankelevich.

Por ese entonces, el Dr. Nicolini, presenta en el V Congreso Nacional de Medicina, sus primeros resultados sobre el uso de los venenos ofídicos: *Cobra (Naja, naja)* y *Coral (Micrurus)*. El Dr. Sordelli, preparaba las diluciones correspondientes, sobre todo el veneno de *Cobra (naja)*, que era importado de Francia. Se aprovechaba para el tratamiento del dolor en los casos más avanzados. Trató un número elevado de pacientes.

Otros profesionales publican en revistas como *Jama* de los Estados Unidos los primeros casos de cáncer tratados y seguidos con venenos de cascabel americana (*Crótalus horridus*).

El Dr. H. A. Calderón publica “Tratamiento del cáncer por el veneno de la serpiente *Lachesis alternatus* en el Boletín de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, Argentina, 1934. Mientras que en el Brasil, el Dr. Araujo del Instituto Butantá, publica “Tratamiento do cancer pelo veneno de cobra”.

En el Netherland Cancer Institute de Amsterdam (Holanda), el Dr. Van Sveld reportan sus primeros casos de cáncer tratados con Cobrotoxin.

Benjamín Woodbrug, realiza sus primeros informes en el “*The Homeopathic Recorder*” sobre el uso de veneno de *Naja naja tripudians* en el cáncer ginecológico.

Un hecho importante y trascendental ocurre en el año 1938. En el Instituto Butanta de Brasil, los Dres. Slotta y Fraenkel-Conrat aislaron por primera vez el principio activo del veneno de la Cascabel Sudamérica, (*crotalus durissus terrificus*) al que denominaron Crotoxina, y al que

responsabilizaron por los efectos tóxicos de los accidentes por mordeduras de la serpiente cascabel.

Esto es muy significativo, ya que a partir de esas investigaciones comienzan a realizarse nuevas en otras partes del mundo, acercando una idea sobre los verdaderos componentes de los venenos ofídicos y sus acciones biológicas.

En el Centre Anticancereux de Toulouse (Francia), el Dr. Jacques Miffre presenta un extenso trabajo sobre el uso de veneno de Cobra (*Naja naja tripudians*) en el cáncer: “*Contribution à l’Étude du venin de cobra, dans le traitement des tumeurs et des algies cancreuses*”

Para el año 1940, los venenos ofídicos, sobre todo el de cascabel, (que fuera ampliamente utilizado para el tratamiento del cáncer y otras graves enfermedades como el lupus, la esclerosis múltiple, la esclerodermia, la artritis, la sífilis, la tuberculosis y las enfermedades dolorosas) motivó que en el Instituto Butanta se produjera y comercializara las distintas mezclas de los Anavenenos, en uno solo, al que denominaron *Solutio Crotálico*.

Dicho producto, ampliamente difundido, se mantuvo durante más de veinte años en el mercado brasileiro, hasta que fue dejado de lado por el avance de la farmacología y el desarrollo de productos de síntesis química.

En los Estados Unidos, *el Council of Pharmacy and Chemistry*, en 1940, expresa en sus conclusiones los interesantes resultados durante los últimos treinta años por investigaciones en ese país sobre las propiedades terapéuticas de los venenos ofídicos en enfermedades como el cáncer avanzado y los trastornos hemorrágicos.

En París, en el año 1945, aparece el *Cobralgin*, para el tratamiento de los dolores del cáncer, el mismo fue extraído del veneno de *Naja naja tripudians* o *Siamensis* (Cobra). Con buenos resultados clínicos.

Es en el Cancer Research Institute, de Bombay, (India), donde en el año 1945 aparecen los primeros estudios de investigación básica en cultivos celulares, utilizando una fracción no tóxica del veneno de Cobra de la India. La Dra. Beatriz Braganca lo expresa de esta manera: “Probé el veneno de Cobra en el sarcoma de Yoshida, descubriendo que la fracción no tóxica retardaba el crecimiento tumoral”.

En ese mismo año, el Dr. Ferreyra da Silva de Brasil, usa el veneno de la serpiente Cascabel (*Crótalus durissus terrificus*) en dosis muy bajas, diluciones de 1 microgramo, en 17 pacientes con cáncer avanzado, en los que logra una gran respuesta terapéutica y la desaparición del dolor.

Para diciembre de 1948 se realiza una reunión en la Habana, (Cuba), para analizar las técnicas de elaboración y producción de derivados de venenos en el tratamiento del cáncer, así como controles de calidad y estandarización de los mismos. “*Preparation on board of the Brazilian Academy of Pharmacy for the First Panamerican Pharmaceutic Congress*”.

Existen muchos antecedentes de la Medicina Homeopática sobre el uso del veneno de *Lachesis mutus* en el tratamiento del cáncer, anginas, úlceras, ascitis carcinomatosa, epilepsia, gangrena, neumonía. Dinamizaciones centesimales e infinitesimales.

Es en el año 1950 que el Instituto Malbrán de Buenos Aires, Argentina, produce un analgésico potente para el tratamiento del cáncer obtenido del veneno de Cobra y Cascabel. Ese mismo año, el Laboratorio Syntial, produce y comercializa el medicamento “*Veneno de Cobra E-1, 5 U.L., ampollas*”, para el tratamiento del cáncer. Queda inscripto en el Ministerio de Salud Pública de la Nación.

En Estados Unidos se produce el Vipericin, que no es mas que una mezcla de venenos de las serpientes *Lachesis mutus* y *Vipera de Russel*. También se produce el *Crotalus toxin* y el *Epileptasid*, con veneno de cascabel, para tratar la epilepsia.

Otro producto que aparece en el mercado es el Nyloxin, que es una mezcla de ácido fórmico, salicílico y cobra, para el tratamiento de artritis y dolores cancerosos.

En los últimos treinta y cinco años se han realizado más de sesenta estudios clínicos en diferentes especialidades médicas, utilizando fracciones de distintos venenos ofídicos en diversas patologías, con resultados alentadores. La ex Unión Soviética también ha publicado numerosos trabajos sobre las aplicaciones homeopáticas de los venenos ofídicos en cáncer y enfermedades neurológicas, solos o asociados a otros productos.

En 1966 se realiza un Simposio Internacional sobre venenos ofídicos en el Instituto Butantá de Sao Pablo, en el que se presenta un trabajo del Laboratorio de Enzimología Tumoral de Bruselas, Bélgica, realizado por los Dres. C. Wirthemer y L. Gillo, titulado: “*Les venins de serpents source enzymes anticancereux*”. Ese trabajo fue presidido por el Premio Nobel argentino, Dr. Bernardo Houssay.

Paralelamente al uso alopático y homeopático de los venenos ofídicos, se van desarrollando técnicas de separación cromatográfica de los diferentes componentes, aislándolos y aplicándolos para evidenciar sus efectos antitumorales.

Para el año 1970, se publica “*Venins. Action de la toxina gamma du venin de Naja nigricollis sur les cellules KB*” Proc. Int. Symp., p 201.

La Dra. Beatriz Braganca publica “*Isolation and proprieties of a cobra venom factor selectevely cytotoxic to Yoshida sarcoma cells*” Biochim, Biophys, Acta 136, 508, 1967, Bombay, India.

Al año siguiente, el Dr. Gillo, L., publica: “*Isolation from cobra venom of a factor inhibiting glycolysis in Erlich ascitis carcinoma cells*” Rev. Experientia, 24, 673.

La Revista *Toxicon* (especializada en toxinas), del año 1975, publica “*Effects of crotalus and Bothrops venoms on normal and malignant cells cultivated in vitro*” de los Dres. Cotte, C., Essenfeld-Yard, et. Al. 10, 157.

Un nuevo estudio de la Dra. Braganca Beatriz es publicado en Exp. Cell, Res. 57, 289 titulado “*Changes produced by cobra venom cytotoxin on the morphology of Yoshida sarcoma cells*”.

El profesor Dr. Anthony T. Tu. del departamento de Bioquímica de la Universidad del Estado de Colorado de Estados Unidos, publica en 1977 un libro dedicado al estudio de los Venenos Ofídicos, titulado: “Venoms: Chemistry and Molecular Biology” donde desarrolla en el Capítulo 19.2 (el trabajo “Cytotoxins”), pág. 306 – 20, todo lo relacionado desde el punto de vista de la investigación básica sobre las acciones bioquímicas de los distintos venenos ofídicos y las diversas fracciones en las diversas líneas celulares de cáncer tratadas. Queda evidenciada la acción citolítica de las fracciones de los venenos de *Cobra*, *Crotalus*, *Agkistrodon* y otros en los cultivos de células cancerosas del tipo sarcoma Yoshida, cáncer mamario, etc.

En el año 1972, se realiza la Reunión de la UICC (Unión Internacional contra el Cáncer) en la Ciudad de Florencia, Italia y se reconoce el trabajo de la Dra. Beatriz Braganca, de la India, sobre el uso experimental del Veneno de Cobra en el sarcoma de Yoshida, con excelentes resultados.

Un hecho importante es el aporte realizado por el Equipo de la Dra. Beatriz Braganca, del Cancer Research de Parel de Bombay y del Dr. Asgar Zaheer, del Departamento de Biochemistry The University of Iowa, USA, que publican en 1981: “The (Na + K) stimulated ATP-A from sarcoma de Yoshida Ascitic Tumor Cells – Comparison of the properties of partially purified and high purified enzyme” en la revista británica: *Cellular and Molecular Biology*. Allí se deja constancia de la acción directa de la fracción purificada del veneno de Cobra en las membranas celulares de las células cancerosas.

En el año 1986, se producen dos hechos interesantes en la Argentina: El primero referente, al estado público que tomaron las investigaciones realizadas por los Dres. Juan Carlos Vidal, Guillermo Hernández Plata; Luis Costa y Carlos Coni Molina, donde se presenta un protocolo y los resultados preliminares sobre la acción del denominado Complejo Crotoxina A-B, obtenido de la serpiente *Crotalus durissus terrificus* o cascabel sudamericana (brasileña). A pesar de que los sectores de la oncología convencional se opusieron, y se oponen a esta propuesta terapéutica; hoy sigue siendo una incógnita para los mismos el evidenciar las acciones sobre el tejido canceroso del Complejo Crotoxina A-B, tal como lo elaboraba el Dr. Vidal. De cualquier manera, se ha avanzado mucho en el tratamiento de la enfermedad cancerosa y el tema superado de la Crotoxina no es más que una posibilidad dentro de las muchas existentes en la actualidad, si es que algún día se autorizara su uso.

El otro acontecimiento es el Premio Nobel en Bioquímica, otorgado a la Dra. Rita Levi Montalcini por presentar sus aportes sobre los Factores de Crecimiento Neuronal (NGF) a partir de fracciones de venenos ofídicos.

Hay muchos productos obtenidos del veneno de serpientes que han sido registrados como medicamentos de uso cotidiano:

Bothropase: Compuesto esencialmente coagulante. Un mg de veneno de la serpiente Bothrops jararaca en cloruro de sodio y agua destilada es útil para los casos de hemofilia, grandes síndromes hemorrágicos, cirugía de alta complejidad y púrpuras, entre otras.

Captopril: Obtenido a partir de una fracción no tóxica del veneno de la serpiente de cascabel sudamericano, con acción enzimática ya que actúa sobre el sistema renina angiotensina aldosterona. De allí sus propiedades como agente hipotensor.

Enalapril: Pariente directo del Captopril, con el mismo principio activo farmacológico y la misma acción terapéutica.

Oncogen: En etapa de aprobación en los Estados Unidos. Se obtiene de la serpiente cascabel americana (*Crotalus atrox*) y se sintetiza por ingeniería genética.

Horvi 30/300: Producto de origen alemán, de uso terapéutico para el cáncer y las enfermedades osteoarticulares que se acompañen de dolor. Sus componentes se obtienen de varios venenos de serpientes de África, Europa y América.

Veneno de *Crotalus durissus terrificus* (Cascabel)

Complejo Crotoxina A-B

El veneno de la serpiente *Crotalus durissus terrificus* o Cascabel sudamericana (brasileña), obtenido de serpientes en cautiverio mediante métodos especiales y mantenido mediante las más estrictas normas de procesamiento y conservación, actualmente es procesado mediante Métodos de Cromatografía de Exclusión o de Intercambio Iónico, obteniéndose entre sus componentes las siguientes sustancias: *Complejo Crotoxina A-B* que es un dímero no covalente formado por dos subunidades no idénticas: Un péptido ácido llamada subunidad A o Crotoxina A (P.M. 21.000 D) y una Fosfolipasa A2 de naturaleza Básica o subunidad B o Crotoxina B (P.M. 21.000 D), *Crotamina* (ésta no aparece en todas las especies de Cascabel, de allí que muchas sean denominadas crotamino positivo y crotamino negativo), *Convulsina*; *Girotoxina* (descubierta por el Dr. Avelino Barrios y reconocida por el Dr. Vital Brazil); y otras fracciones como la *Enzima similar trombina*, *Fosfodiesterasas*, *L-Aminoxidasa*, *Péptidos*, *5'-Nucleotidasa*, etc.

En realidad, el Complejo Crotoxina es una mezcla de diversas isoformas de estructuras peptídicas similares pero no idénticas. Estas isoformas difieren levemente en su actividad enzimática y farmacológica.

De acuerdo a los últimos estudios realizados por el Dr. Juan Carlos Vidal, publicada realizada en una Revista Argentina, Julio 1995, Él mismo manifiesta que el Complejo Crotoxina tiene una acción citotóxica sobre algunas líneas de células cancerosas *in vitro*. La citotoxicidad requiere la actividad enzimática del sub-unidad B y la disociación de las dos subunidades. La acción citotóxica del Complejo crotoxina se produce a nivel de la membrana celular y utiliza una característica estructural preexistente en la superficie celular de las células tumorales sensibles. Así, células de carcinomas epidermoides humanos ME 180 R y A431, que expresan un alto nivel de receptor al factor de crecimiento epidérmico, resultan mucho más sensibles a la acción citotóxica que las células ME 180 S, que expresan bajos niveles de receptor.

Tanto en células enteras como en membranas celulares aisladas, el tratamiento con Crotoxina estimula la autofosforilación del receptor a factor de crecimiento epidérmico. De este modo, podría interferir con el complejo proceso de señalización (interacción de las células con péptidos a través de receptores específicos que inician una cascada de reacciones resultantes en crecimiento, diferenciación o adhesión) resultante en supresión del crecimiento epidérmico.

Además, los venenos de Cobras (*géneros Naja y Hemachatus*) poseen péptidos no enzimáticos (*cardiotoxinas o citotoxinas*) con alta afinidad por las membranas plasmáticas, capaces de lisar una variedad de células tumorales a concentraciones relativamente bajas y que pueden activar *Fosfolipasas A2* exógenas.

La asociación del *Complejo Crotoxina A-B* (obtenida de *Crótalus durissus terrificus*, cascabel sudamericana) y *Cardiotoxina* (obtenida del veneno de *Naja naja siamensis*, Cobra de Thailandia), produjo dos interesantes resultados: El primero (buscado) fue un fuerte sinergismo sobre la citotoxicidad *in vitro*, con mayor selectividad frente a líneas celulares de tumores de pulmón, de sistema nervioso y melanomas. El segundo (inesperado) fue la disminución de la neurotoxicidad, que se demostró en ratones, ratas, y perros Beagle, con el consiguiente aumento en el índice terapéutico del producto. Eso hizo posible evaluar la eficacia antitumoral del compuesto en modelos animales. Por administración diaria vía i.m., observándose una inhibición del crecimiento significativa y aún remisiones completas en ratones de carcinoma pulmonar de Lewis, en animales atímicos con carcinoma mamario Mx-1 (Humano), etc., sin pérdida de peso significativa u otros signos de toxicidad en los animales tratados.

De modo que este producto representa una agente antitumoral con un mecanismo de acción novedoso, un espectro único de actividad citotóxica *in vitro* y ha demostrado una eficacia antitumoral significativa *in vivo*.

En cuanto a la investigación básica, los estudios mencionados abren una pequeña ventana sobre un problema mucho más amplio e interesante: las *Fosfolipasas A2 citotóxicas*. Hasta el momento se han descrito unas doce *Fosfolipasas A2* con actividad citotóxica en distintos venenos ofídicos. Si bien no han sido estudiada en forma sistemática, podrían poseer una mayor actividad antitumoral, una menor toxicidad y aún mecanismos de acción diferentes de los que tienen las toxinas presentadas en este estudio. A semejanza de otras acciones farmacológicas de las *Fosfolipasas A2* de venenos de serpientes, no es posible por el momento, establecer cuáles son los factores estructurales que les confiere esa actividad.

Finaliza el trabajo con la siguiente reflexión: “Si bien la actividad antitumoral de estas toxinas está suficientemente demostrada, no pueden esperarse que sean efectivas en todos los tumores, ni puede garantizarse que los resultados obtenidos en modelos animales (con líneas celulares genéticamente homogéneas) puedan extrapolarse en forma directa a pacientes humanos. Su potencial de utilidad en terapéutica debe ser evaluada por una seria investigación clínica. En el caso de que su utilidad en pacientes fuera demostrada, no excluye la aplicación de los tratamientos convencionales y aún podría complementarlos”.

Creo conveniente recordar que estas toxinas no son los únicos componentes de veneno de serpientes utilizados en las investigaciones del cáncer con vistas a su aplicación terapéutica. Por ejemplo, están en desarrollo estudios sobre la acción de las *desintegrinas* obtenidas del veneno de serpiente *Agkistrodon* (también conocida como mocasín americana, de USA), como inhibidoras de la colonización de las metástasis y la del *factor de veneno de cobra (CVF)* conjugados con anticuerpos monoclonales para la eliminación de metástasis diseminadas por activación local del complemento.

Como bien dice el Dr. Juan Carlos Vidal, el tema de los venenos, sus fracciones y sus acciones bioquímicas así como la posible acción terapéutica en el cáncer, no está agotado.

Por último, expresa que en la actualidad muchos médicos homeópatas prescriben las asociaciones de distintos venenos ofídicos a dosis homeopáticas (SEXTA C. H.), administrada por vía oral (sublingual) y, en otros casos, por vía de supositorios (según información obtenida de colegas profesionales).

Relación entre células cancerosas y Los Complejos Fosfolipásicos

Este trabajo, intenta de alguna manera explicar las acciones y/o posibles mecanismos de acción, que surgen de la administración de los distintos componentes de los venenos de víboras en la célula neoplásica. Ya dijimos que las fracciones citolíticas de algunas fosfolipasas de venenos ofídicos, atacan casi de manera selectiva complejos de fosfolípidos de membranas, por ello es que resulta interesante hacer un breve comentario sobre las poblaciones de células neoplásicas:

a) Poblaciones de células neoplásicas:

Las células tumorales son casi siempre genéticamente idénticas, pero muchas veces distintas de sus células progenitoras o madres, fenómeno conocido como mutagénesis de las células. Las células cancerosas son siempre variantes de la célula normal o eucariota. Hasta hace poco se decía que eran muchas las células que degeneraban en cáncer a partir de varias células normales; hoy se sabe que basta una sola célula o clon celular, para producir anárquicamente la enfermedad y generar a veces un cuadro clínico de toxemia tumoral, tan dramático, que llega en muchos casos a poner en riesgo la vida del paciente.

Para la carcinogénesis, la mutación de las células somáticas tiene la siguiente interpretación:

- a) Una vez producida la cancerización, sin modificación alguna se traslada a la célula hija, como si se tratara de una fotocopia exacta de la célula madre.
- b) Las células hijas de células cancerosas, siempre serán células cancerosas y nunca normales.
- c) Este proceso es irreversible aún cuando la causa de la cancerización ha dejado de actuar.

Es a partir de este modelo explicativo, que interpretamos que existen ciertos elementos biológicos que podrían revertir dicha mutación y /o por lo menos cambiar o detener el ritmo de multiplicación tanto de la célula madre como de la célula hija. Esa acción estaría definida por la presencia de complejos fosfolipásicos obtenidos de los diferentes componentes de venenos de víboras.

Vale decir, que la mezcla de distintas Fosfolipasas obtenidas de los venenos ofídicos, tendrían una acción citolítica directa sobre las células cancerosas y de sus progenies.

- b) Consideraciones bioquímicas de los venenos ofídicos:

Se postula entonces, que las *Fosfolipasas A2* de los venenos ofídicos, actúan directamente sobre los fosfolípidos de membranas, en particular sobre el fosfatidilinositol de la célula neoplásica, casi de manera selectiva, respetando las células normales, gracias tumoral, tan dramático, que llega en muchos casos a poner en riesgo la vida del paciente.

Para la carcinogénesis, la mutación de las células somáticas tiene la siguiente interpretación:

- a) Una vez producida la cancerización, sin modificación alguna se traslada a la célula hija, como si se tratara de una fotocopia exacta de la célula madre.
- b) Las células hijas de células cancerosas, siempre serán células cancerosas y nunca normales.
- c) Este proceso es irreversible aún cuando la causa de la cancerización ha dejado de actuar.

Es a partir de este modelo explicativo, que interpretamos que existen ciertos elementos biológicos que podrían revertir dicha mutación y /o por lo menos cambiar o detener el ritmo de multiplicación tanto de la célula madre como de la célula hija. Esa acción estaría definida por la

presencia de complejos fosfolipásicos obtenidos de los diferentes componentes de venenos de víboras.

Vale decir, que la mezcla de distintas Fosfolipasas obtenidas de los venenos ofídicos, tendrían una acción citolítica directa sobre las células cancerosas y de sus progenies.

b) Consideraciones bioquímicas de los venenos ofídicos:

Se postula entonces, que las *Fosfolipasas A2* de los venenos ofídicos, actúan directamente sobre los fosfolípidos de membranas, en particular sobre el fosfatidilinositol de la célula neoplásica, casi de manera selectiva, respetando las células normales, gracias

a que las poblaciones de células neoplásicas, crean ciertas condiciones bioquímicas ideales, como para que las fosfolipasas puedan disociarse en la membrana celular y actuar en consecuencia.

Por último, se expresa que en la actualidad, muchos Médicos Homeópatas prescriben las asociaciones de distintos venenos ofídicos, a dosis homeopáticas (Sexta C.H.), administradas por vía oral (sublingual) y otros casos por vía de supositorios.

CAPITULO XXII

UN APOORTE TEÓRICO AL ORIGEN DEL CÁNCER

*“Cuando creíamos que teníamos
todas las respuestas, cambiaron
todas las preguntas”*

Mario Benedetti.

Uno de los mayores efectos colaterales de la llamada psicología de la enfermedad es el de introducir en la mente de las personas de que son ellas mismas las que generan su propia enfermedad. Que de alguna forma, son culpables de lo que les está pasando.

Y es el *homo sapiens* el que genera la enfermedad. No Juan o Pedro. Ni mucho menos el niño Juan o el niño Pedro. Es la historia del Hombre y su relación con el mundo la que ha sido capaz de introducir enfermedades nuevas y epidemias en la historia. Nos enfermamos por esta relación universal y no sólo por nuestra historia individual. En nuestra historia individual se va inscribiendo esta historia universal. Y esa forma de inscripción la hace nada menos que el lenguaje.

Pero no hay un “sujeto–niño” que accede al lenguaje (y con él a sus leyes), sino un niño con sus “ojos y oídos desnudos” a quien los adultos cercanos exponen a un habla. No hay sujeto antes de ello y el estilo en que se realiza esta exposición es lo que determina la formación de un sujeto. Alguien que tendrá un yo que lo diferenciará de los otros.

Es en este período en donde el soma deja de ser una serie de fragmentos autónomos y se forma la imagen de un cuerpo. Es aquí donde se forma un sujeto con realidad psíquica. Lo anterior no pertenece a la realidad psíquica sino a un campo inabordable, en el que las células tienen un dominio omnipotente sobre su satisfacción, independiente de las demás células.

Este dominio independiente y totipotencial es aquel sobre el que Freud llama la atención en 1920: “Las células germinativas se conducirían de un modo narcisista, necesitando para sí su libido como provisión para su posterior actividad constructiva.” Y luego agrega: “también deben considerarse narcisistas las células de las nuevas formaciones nocivas que destruyen al organismo”.

Llamativamente, Freud comenzaba a unir la embriología y el cáncer.

Las células originarias

Recordemos algo de embriología. En el capítulo sobre desarrollo embriológico decíamos: “a partir de los primeros días de desarrollo, las células resultantes de la segmentación del huevo comienzan a ordenarse en grupos celulares”.

La información para que este orden ocurra se halla en el código genético del óvulo fecundado, de donde se formarán más de doscientos tipos celulares. Aquí, en el óvulo, hay una omnipotencia que se va perdiendo a partir de la formación del disco trilaminar.

Seguíamos diciendo que “las células más superficiales se distribuyen formando una capa continua que por su situación externa se llama ectodermo y las más internas constituyen una hoja que circunda una cavidad y se denomina endodermo. Entre ambas capas aparece el mesodermo”.

La omnipotencia comienza a perderse. Ya no hay células totipotenciales, sino capas embriológicas que sólo darán origen a determinados tejidos y órganos mediante un proceso de especialización llamado diferenciación celular.

Afirmábamos que “las células que nacen en una capa embriológica determinada pueden sufrir un cambio y bio-transformarse en células con características histológicas y citológicas distintas a las normales; en células cancerosas, inflamatorias o degenerativas de la capa embriológica que les dio origen. Jamás se bio-transformaría en células de otra capa embriológica”.

La diferenciación supone una pérdida de omnipotencia pero, a la vez, la formación de un complejo ser multicelular con funciones específicas e interdependientes para cada célula que, al trabajar en conjunto, pierden la libertad de ser “más de lo que son”. Podríamos hablar de un

sometimiento de la célula diferenciada a “ser lo que es”. En cada diferenciación hay un duelo a elaborar .

El cáncer es una regresión a un estado indiferenciado. Hamer cuestiona las teorías de las metástasis ya que a partir de la formación del disco embrionario no puede haber diferenciación de un tejido ectodérmico a un tejido mesodérmico, por ejemplo (un cáncer intra-bronquial no podría hacer metástasis en hueso). Lo cierto es que antes de la formación del disco esa totipotencialidad existe y entonces deberíamos comenzar a entender hasta qué punto la regresión es posible.

Narcisismo versus evolución

Volviendo al concepto de Freud “también debe considerarse narcisista las células de las nuevas formaciones nocivas que destruyen el organismo”, podemos decir que el narcisismo es una unión indiscriminada. Es un dar que en su misma entrega tiene por finalidad retener el objeto de amor en una simbiosis patológica.

Desde la unión del óvulo con el espermatozoide, el embrión establece una relación narcisista con la madre. No hay discriminación y el embrión asimila no sólo los alimentos, sino ese *input* que lo habla y que lo piensa. La madre le transmite todo su ser y el embrión “es la madre”. No hay discriminación. El embrión, al no tener representaciones psíquicas, no puede pensar pero es pensado por la madre.

Cada célula del embrión es una fuente de excitación que debe descargarse ya que, de lo contrario, esa misma excitación haría que la célula creciera en forma ilimitada. La forma que tienen las células del embrión de descargar esa excitación es la diferenciación y la organización en funciones que vamos a observar durante toda su evolución.

La célula totipotencial deja de serlo y así sale de ese narcisismo primario y comienza a diferenciarse . Es muy interesante observar cómo en esta diferenciación se repiten los momentos evolutivos que debieron superar todos los vertebrados, desde el embrión pez hasta el embrión mamífero.

En cada momento de diferenciación celular pueden producirse estímulos excesivos que no provienen de la fuente embrionaria, sino del otro componente de la unión simbiótica, que es la madre. Si ésta excitación es excesiva, provocará un punto de fijación.

Cada diferenciación celular es una “salida” y también un “duelo” de esta unión indiscriminada de un sujeto (que es la madre) y del embrión (que aún no es un sujeto y que recibe todo el flujo libidinal de la madre en una forma absolutamente pasiva).

Podríamos decir que la diferenciación celular sería la primera elección exogámica, acatando una ley que le permite la supervivencia.

La posición del embrión.

Ya hemos visto que la elección exogámica es producto de una ventaja evolutiva para que el grupo endogámico funcione mejor. El padre protege a los hijos, pero éstos pueden renunciar al goce de los demás miembros de su familia. Si pretenden hacerlo, son expulsados del grupo o muertos. Si logran hacerlo, pueden tener acceso a gozar de todo el grupo, pero con una estimulación pulsional imposible de elaborar.

Al respecto, tenemos que agregar que la excitación celular que no se utiliza en la diferenciación celular queda al servicio del crecimiento celular ilimitado. Esta tensión excesiva podría ser el origen de las llamadas “enfermedades congénitas”.

El punto que queremos rescatar en este recorrido de la evolución del embrión es que éste vive una relación de simbiosis con la madre. Ella ha sufrido una serie de identificaciones que le han permitido acceder a representaciones psíquicas y a elaborar un texto en su cuerpo, mediado por la relación con el Otro.

El embrión, en cambio, no tiene escrito ese texto. Posee, por un lado, la información genética portadora de una cierta transmisión (color de ojos, forma de la cara, etc.) que él no conoce (porque no tiene realidad psíquica, no piensa) pero que lo conoce a él. Por otro lado, él crece, se diferencia

y se forma a partir de otra fuente que no sólo le da alimentos a través de la sangre, sino que lo toma como objeto (nos referimos a la realidad psíquica de la madre).

Las pulsiones de la madre (que son exigencias de gratificación) agregan otro tipo de alimento que no es para el embrión sino para la propia madre. Esas pulsiones encuentran una resistencia biológica en el embrión. Ella es la información genética que, repitiendo un proceso de millones de años de evolución, busca la diferenciación (evolución) para sobrevivir.

Aquí se produce un conflicto entre la madre y el embrión. Por un lado, la madre que ha convertido al embrión en objeto de sus pulsiones (deseos, aspiraciones, ideales). Por otro, el embrión que opone resistencia a esas fuentes de excitación con una información genética que lo presiona a diferenciarse hasta el punto de salirse del cuerpo de la madre.

Este conflicto biológico queda postergado. Ha habido en todo ese recorrido, desde la unión del óvulo con el espermatozoide hasta el nacimiento, cargas excesivas que el embrión no ha utilizado y que quedan condensadas en los lugares en que debieron ser utilizadas.

Estos puntos de condensación serán los futuros lugares del cuerpo al servicio de un crecimiento ilimitado, anárquico e incontrolable.

Cuando Hamer comienza a estudiar las TAC cerebrales de los recién nacidos, se encuentra con cantidades de bebés que nacen con FH en su cerebro. Inclusive algunos nacen con tumores cerebrales.

Creemos que aquí los conflictos no han sido psicobiológicos (porque no hay realidad psíquica en el embrión) sino biopsicológicos. Con un *bios* (el embrión) que se resiste a no sobrevivir y un *psicos* (la madre) con una libido que podrá o no facilitar esa supervivencia.

Quizás debamos volver a este período embrionario, pero primero hagamos un breve recorrido sobre lo que ocurre luego del nacimiento.

Pulsiones maternas + excitaciones embrionarias = autoerotismo = narcisismo primario

Pulsiones maternas x resistencia genética embrionaria = diferenciación embrionaria

Excitación celular embrionaria + pulsión materna facilitadora = diferenciación embrionaria

Excitación celular embrionaria + pulsión materna no facilitadora = fijación

Fijación y Regresión.

El bebé nace con un cuerpo biológico, con su anatomía y su fisiología. Las células siguen diferenciándose y especializándose. Ya no hay discos embrionarios, sino células madres que irán repitiendo en determinados lugares del cuerpo un proceso de maduración para que el organismo pueda regenerarse o cicatrizar.

Sobre ese cuerpo comienza un proceso que podríamos llamar de “Educación”. Caricias, miradas, palabras, deseos, etc., de los padres y de su entorno.

Recordemos que el bebé ha nacido con puntos de condensación o fijación en algunas células.

Para que aquella educación ocurra, el bebé debe construir representaciones psíquicas. Cada función corporal se debe transcribir psíquicamente. La excitabilidad de cada órgano, genera una percepción en el sistema nervioso. Esto no basta para generar su representación psíquica, que pertenece a otra lógica de la organización de la realidad. Lo que permite la entrada en esa lógica es la dialéctica con eso que llamamos el Otro.

Percepción de la función corporal + discurso del otro = pulsión = cuerpo texto

Un ciego de nacimiento no notará que no ve. Pero el Otro, le señalará la carencia. Lo que el ciego inscribe como representante psíquico es el daño leído por el otro; un discurso que señala su ausencia.

En todas las fuentes de percepción orgánica (y también en aquellas en las que hubo fijación embrionaria) intervendrá el Otro. Habrá una dialéctica entre el dar y el recibir en donde las

pulsiones se irán integrando en organizaciones de progresiva complejidad, pasando de lo simple a lo complejo.

Así nacerá un cuerpo-texto, moldeado por la dialéctica entre las percepciones de la fuentes de excitación celular y las inscripciones del discurso del otro.

La pulsión.

En 1905, Freud define a la pulsión como la representación psíquica de una fuente. La diferencia con el instinto es bien clara; éste es el movimiento fisiológico que la excitación de esta fuente genera. El aprendizaje del miedo sería una respuesta instintiva.

La pulsión es la representación de esa percepción, fundando lo que Freud llama “lo inconsciente”. Es decir que, a partir de ahora, habrá en lo inconsciente (que no existe antes de esto) un objeto virtual, una idea, un representante.

Es ese cuerpo-texto en donde el otro propone órdenes, prohibiciones, permisos y facilitaciones que harán que el bebé tenga o no experiencia de satisfacción.

Una madre psicótica que ante el llanto del bebé ofrece un pecho sumamente hostil, da a elegir a su hijo entre el hambre o el pecho. Esa elección hará que una importante cantidad de excitación que no es satisfecha. El único camino que encuentra para salir de la tensión es el desplazamiento hacia la propia fuente y la descarga allí. A este proceso lo llamamos regresión.

Así podemos puntualizar dos conceptos: la condensación de estímulos o fijación y el desplazamiento de la pulsión o regresión. Aquel representante psíquico de la pulsión será el que se integre en la palabra y circulará bajo la forma de un discurso que denominaremos “el discurso del cáncer”

De un discurso al cáncer.

Este discurso se caracteriza por una tendencia a la regresión en objetos significativos en los que hubo una fijación de estímulos. En la palabra que circula en ese discurso encontramos el movimiento regresivo que intenta recuperar una experiencia de satisfacción que no se produjo. Las células se hacen omnipotentes activando un duelo que ya no es posible evitar.

El psicólogo Le Shan, en una importante revisión publicada por el mismísimo Instituto Nacional Del Cáncer del EEUU, refiere que en la época anterior al comienzo de un cáncer en una persona se registra habitualmente la pérdida de una relación emocionalmente importante para esa persona. Pareciera que en la proliferación celular habría un desesperado intento de recrear esos objetos significativos perdidos.

Desde el conocimiento de las leyes de la Nueva Medicina sabemos que no solo una pérdida sino también la solución de un conflicto puede desencadenar la respuesta proliferativa que definimos como cáncer. Es que en esos momentos se dimensiona la distancia entre lo que se consiguió y lo que ya no se podrá conseguir. Es un duelo no ya parcial sino total, al quedar clausurado con esa solución lo ilimitado de la unión simbiótica.

Es aquí cuando ese discurso no tiene más que tres salidas :

- 1) La elección de un objeto incestuoso, evitando el horror de ya no poder consumir una relación infinita. Creemos que algunas relaciones terapéuticas conllevan con este tipo de unión y participan como transacciones en las llamadas curaciones espontáneas.
- 2) Una elección homosexual, en donde se escapa a una relación co-sanguínea o imaginariamente incestuosa pero se logra una elección narcisista.
- 3) La proliferación celular, llamada cáncer, fruto de una excitación narcisista extrema que no encuentra transacciones.

Habrá una cuarta salida de este discurso del cáncer; una posición melancólica en la cual se llora lo que no se tiene, pero al llorarlo se mantiene la esperanza de tenerlo. Para Hamer, la depresión es justamente una defensa que la naturaleza provee para “congelar” los conflictos a la espera de tiempos mejores.

Ya no estamos hablando de conflictos sino de un sujeto cuya palabra integra el discurso del cáncer, pudiendo así convertir un DHS en un FH y en un cáncer.

Indudablemente, la curación del cáncer no puede pasar por ninguna de estas transacciones, sino por la posibilidad de re-significar la propia vida con nuevos objetivos posibles. Mientras la palabra del sujeto no deje de circular por el discurso del cáncer, esto será un utopía.

De Saussure y la lengua.

Retomemos el concepto inicial: “es la historia del hombre y su relación con el mundo la que ha sido capaz de introducir enfermedades nuevas y epidemias en el mundo. Nos enfermamos por esta relación universal y no solo por nuestra historia individual. En nuestra historia individual se va inscribiendo esta historia universal. Y esa inscripción la hace nada menos que el lenguaje.”

En un capítulo anterior decíamos que la enfermedad surge por el conflicto entre un cerebro antiguo, pre-verbal y un cerebro moderno, verbal. Lo interesante del lenguaje es que nombra a las cosas, pero no cierra su sentido. En el lenguaje hay una capacidad de ser infinito. Y esa capacidad se asienta en el cerebro analítico y discriminativo.

Recordemos que cuando hablábamos del embrión teníamos, por un lado, la información genética que tiende a la diferenciación celular a partir de una excitación que necesita descargarse y, por el otro lado, (pero siendo Uno en la célula) las pulsiones de la madre (construidas a partir de otros, cuyas pulsiones también han sido construidas a partir de otros y así infinitamente) que, al tomar como objeto de satisfacción al embrión, pueden promover en éste cargas excesivas que no pueden descargarse en la diferenciación y se ponen al servicio del crecimiento ilimitado.

Volvamos a la capacidad del lenguaje. El lenguaje no es un medio de comunicación, sino que funda la comunicación. Podríamos decir que el hombre, más que un ser que habla es un ser hablado. Mis palabras vienen del Otro, pero lo que me suministra son solo signos y relaciones de sentido congeladas.

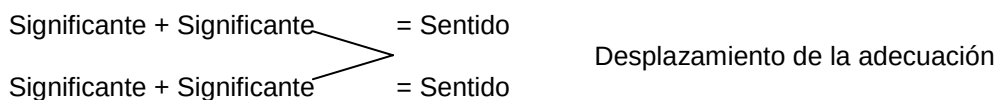
Saussure discrimina el habla (como ejercicio fonatorio de los signos) de la lengua (como convención social o estructura independiente del sujeto).

La lengua puede estudiarse en su eje hist rico. Por ejemplo, el verbo “hacer” desde su raíz latina *factum*. Tamb n en su eje sincrónico (el aquí y ahora) estudiando las relaciones de cada término con los restantes. Cuando el niño llega al eje hist rico o diacrónico se encuentra con un eje sincrónico ya constituido que, aunque pretenda transgredirlo, será obligado a aceptarlo. Por ejemplo, no podrá usar la palabra pi  para designar a los ojos. Cuando el sujeto llega, la lengua ya está hecha.

Entre la lengua (social) y la palabra (individual) está la noción de discurso, que definimos como un grupo de habla decantada y sedimentada por la historia. Algo así como una inscripción de lo universal en lo individual, pero con una regularidad tal que se descubren formas comunes (hablábamos antes del discurso del cáncer). En un discurso no interesa la palabra como tal sino en función de su sentido; sus relaciones y posiciones, de las cuales surge el sentido.

Saussure dice que la palabra es la combinación de un concepto (significado) con una imagen acústica (significante) y llama “signo” a esa relación. Pero ésta es una relación arbitraria, ya que el significado no es la cosa que se nombra sino una representación mental de la cosa.

Así, el sentido surge no de la relación entre significante y significado sino de la relación de los significantes entre sí. Y en ésta, los procesos son de desplazamiento (metonimia) y condensación (metáfora).



Así, la cosa puede quedar aislada de su sentido (en el discurso) y esta adecuación (cosa-sentido) quedar retenida para ser tomada por otro juego de significantes. En el cáncer no hay un significado reprimido, sino una adecuación desplazada. Que el estómago se encargue de la digestión, permite a través de la metáfora y de la metonimia, que la digestión se enlace a otro juego de significantes y genere un sentido: “esto no lo trago”.

Esto no tiene porque producir cáncer ni ninguna otra enfermedad (recordemos que Hamer llama cáncer a las distintas etapas de cualquier enfermedad). Podríamos decir que es un fenómeno de conversión biolingüística.

Lo que va a determinar la aparición de la enfermedad son dos elementos:

- 1- la regresión a los puntos de fijación “marcados” en las distintas etapas evolutivas: a) desde el nacimiento; b) desde la formación del disco trilaminar; c) desde la unión del óvulo con el espermatozoide. El grado de diferenciación celular de la enfermedad dependerá del punto de regresión.
- 2- La participación de los módulos cerebrales más arcaicos que activarán distintos comportamientos según el conflicto biológico. Aquí es la necesidad de supervivencia lo que está en juego, enlazada en los movimientos psicológicos de fijación y regresión que generan el llamado conflicto psicobiológico

Por lo tanto, es necesario no sólo especificar la historia del sujeto enfermo (que abarcará su contexto familiar y social) sino la historia del hombre como especie. Es este último punto el que determina la posibilidad de que las representaciones psíquicas puedan actuar sobre las células, no como un cuerpo sino como un soma.

Desde sus orígenes, el hombre se ha enfrentado a distintos requerimientos biológicos. Su forma de adaptarse a ellos se encuentra inscrita en el cerebro arcaico y pre-verbal. Es una memoria filogenética que responde al mecanismo del aprendizaje condicionado y, como tal, puede extinguirse pero no desaparece. Como vimos en el capítulo III, puede reaparecer por la exclusiva presencia del contexto (la rata que vuelve a saltar al ponerla nuevamente en la caja).

La construcción del lenguaje.

Es importante observar de qué manera el niño, en lugar de adquirir el lenguaje, lo construye. Habitualmente esto aparece al final de la etapa sensorio-motriz y no es un mero proceso de imitación. Si se le pide que escriba una palabra, hace garabatos sobre un papel y nombra la mitad de la palabra (man-da). Si se le pregunta si toda la palabra está ahí, él dice que falta y termina haciendo otros signos expresando que ahí dice man-da-ri-na..

El lenguaje no entra al niño, sino que el niño entra al lenguaje. Y pone mucho de sí mismo en esa construcción. Este proceso también ocurrió en el hombre pre-verbal y las células de la corteza cerebral se expandieron hasta el aparato fonatorio.

El habla también fue un conflicto biológico, al igual que la falta de células especializadas en captar oxígeno al salir del agua en el proceso evolutivo. Se necesitó crear nuevas células y nuevas funciones. El habla no es un mero proceso psicológico y cuando el niño comienza a hablar rememora el arcaico conflicto biológico de tener que hablar para sobrevivir, fundando la comunicación como ventaja evolutiva.

Pero el habla no es un órgano ni una célula. Podríamos decir que es una máquina creada por el hombre. Una máquina que se inscribe como texto a construir, no en las zonas del lenguaje del cerebro, sino en cualquier lugar del cuerpo en que la relación sensorio-motriz con el otro se lo permita.

Por eso hablamos de conflicto psicobiológico. Ante cualquier enfermedad, surge claramente que en el hombre verbal ya no es posible la enfermedad del cuerpo por un lado y la enfermedad psíquica por el otro. Hay una unidad psicobiológica que es ordenada por el cerebro; un cerebro verbal y pre-verbal a la vez. Y es aquí cuando volvemos a hablar del discurso del cáncer. Un grupo de habla sedimentada por la historia.

La transmisión de la enfermedad.

La historia del cáncer es la historia del ser humano. La de su relación con la naturaleza. La forma en que ha enfrentado los requerimientos que la vida le ha propuesto. Y esta historia universal también está escrita en el cuerpo del hombre. Y las conductas que generó en esta historia de conflictos (el ponerse de pie, hablar, la formación de grupos, etc.) siguen viviendo en cada uno de nosotros, pudiendo despertar ante la rememoración que el conflicto impone.

Pero no es sólo una historia; es la historia de toda humanidad la que está escrita en el cuerpo; la de sus células y la de sus conductas.

No somos tan independientes del resto de la humanidad. Las enfermedades surgen por el peso de esa historia en un momento individual. Contraer una enfermedad no es única responsabilidad del individuo.

A partir de la construcción del lenguaje no hay sujeto sin la presencia del otro. Y hay un Otro que es social y universal y que actúa en cada sujeto. Comprender esto es comenzar a pensar que la enfermedad no puede ser abordada como hasta ahora.

Es tiempo de entender que el hombre es Uno. Y que lo que está pasando en cualquier lugar del mundo en algún momento me va a afectar.

Puedo desconocer que mueren de hambre millones de niños en el mundo. Que se comete todo tipo de injusticias contra la vida sobre la tierra. Que la medicina se ha convertido en un sistema de poder que ignora el sufrimiento. Puedo desconocer todo eso pero igual voy a ser afectado por todo eso. Los conflictos universales afectarán al hombre esté donde esté. Hasta que no nos demos cuenta de ello, no comprenderemos ni la vida ni la enfermedad.

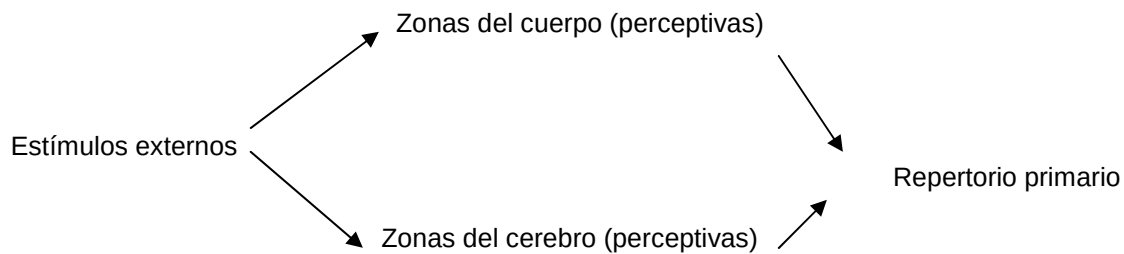
Repasemos.

Hamer llama DHS a un *shock* sorpresivo, dramático, vivido en soledad. El individuo no lo espera y es tan impactante que no puede verbalizarlo.

Veamos lo que decíamos antes: “cada célula es una fuente de excitación que debe descargarse”. Y más adelante: “cuando la excitación no logra descargarse, vuelve a su fuente y se descarga allí” (regresión). Y luego: “si esta excitación es excesiva, esto favorecerá un punto de fijación”. Podemos llamar DHS al momento bio-psicológico de la imposibilidad de descargar una excitación excesiva, que por lo tanto regresa a su fuente.

Recordemos que Edelman decía que al comienzo de la vida se seleccionaron ciertas zonas del cuerpo para asociarlas a zonas cerebrales específicas. A esto lo llamó “repertorio primario”. Luego, a partir del reforzamiento o no de estas zonas perceptivas, se creó una memoria primitiva, que llamó “repertorio secundario”

La asociación de ambos repertorios generó mapas cerebrales que dieron lugar a las “áreas del concepto”, que surgieron así no solo de los estímulos externos sino también de los comportamientos pasados.



Percepción + percepción = Memoria filogenética (repertorio secundario).
 Percepción + memoria = áreas de conceptos (mapas cerebrales).

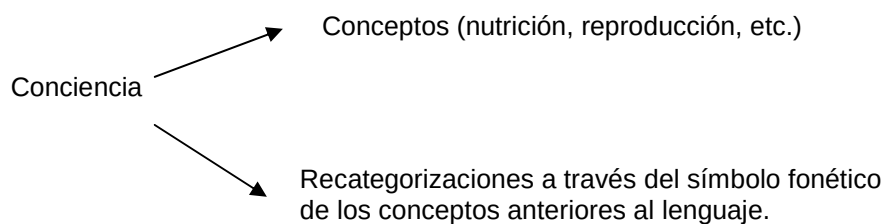
Todo esto es anterior al lenguaje.

Recategorizaciones.

Recordemos que los pacientes a los que se practicaba una comisurotomía (corte de la conexión entre ambos hemisferios cerebrales) no podían nombrar las cosas que tocaban, pero expresaban emociones de reconocimiento de esos objetos. No tenían palabras, pero sí emociones. Llamativamente, estos pacientes eran muy propensos a desarrollar enfermedades físicas.

También recordemos que las zonas cerebrales que elaboran las emociones actúan en paralelo y no en serie, no teniendo por ello capacidad analítica ni discriminativa. Es así que estos mapas cerebrales pueden activarse “en paralelo” por diversos tipos de estímulos que no guardan una relación discriminativa entre sí.

Cuando apareció el lenguaje se recategorizaron las áreas conceptuales y surgió un nuevo tipo de memoria a través del símbolo fonético.



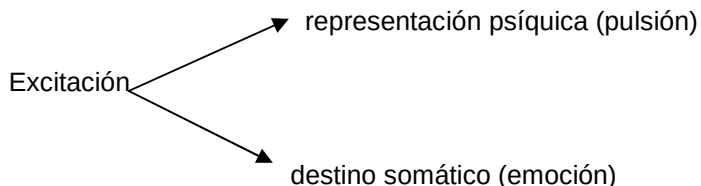
Así, el significado de los acontecimientos comenzó a pasar por tres filtros : la percepción, los conceptos primitivos y el lenguaje. Todo esto fue posible a través de un nuevo tipo de memoria capaz de relacionar esas tres áreas.

Junto con el lenguaje apareció el neocórtex con sus funciones analíticas y discriminativas, que permitió el surgimiento de la llamada conciencia superior.

Cuando antes decíamos que una excitación que no se descarga favorece un punto de fijación, estábamos hablando de categorías anteriores al lenguaje. En el DHS se activan estas categorías; estas asociaciones cerebro- órgano; estas áreas conceptuales. ¿Pero qué las activa?

Nuestros antepasados

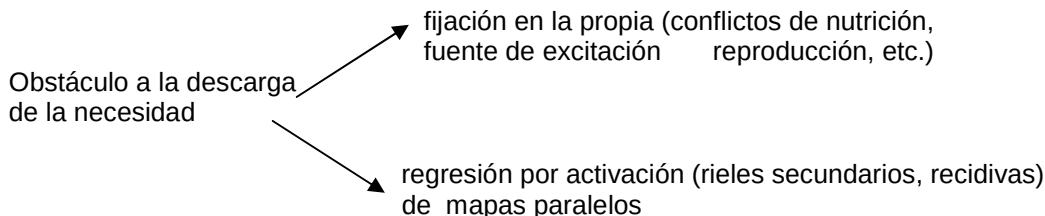
Habíamos dicho que la pulsión es la representación psíquica de una fuente de excitación. Esta última también tiene un destino somático que es la descarga física, a la que llamamos emoción.



Antes del lenguaje, la representación psíquica era rudimentaria. Al no existir el neocórtex, podemos decir que la emoción era el destino fundamental de la excitación.

Nuestros antepasados vivían en base a lo que la amígdala podía hacer. La relación era cerebro- órgano a través de la memoria primitiva.

Si la fuente de excitación era excesiva y no podía descargarse, se generaba una condensación de estímulos que vamos a llamar “represión primaria”. Cuando los estímulos activaban mapas cerebrales que actuaban en paralelo, se producía un desplazamiento de la excitación a las zonas en donde ésta se había fijado anteriormente. A esto lo llamamos “regresión primaria”.



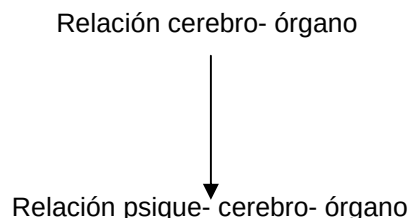
Nuestros antepasados sufrían de enfermedades que surgían del campo de la necesidad, al no poder disminuir la excitación provocada por los requerimientos biológicos que la naturaleza les imponía. El mecanismo era cerebro- órgano. Tenían emociones. Sufrían. Vivían y morían. Pero no tenían lenguaje. No tenían neocórtex. No tenían conciencia superior.

Sus emociones no tenían palabras. A diferencia de nuestros niños, no tenían adultos que les dieran palabras. El destino de las fuentes de excitación era fundamentalmente somático y sus descargas emocionales eran desorganizadas (lo que llamaríamos hoy inapropiadas).

La enfermedad se producía por un impedimento para la descarga que generaba un retorno a la fuente de excitación. Allí se ponían en marcha los mecanismos descritos por las cinco leyes de Hamer. El retorno se veía favorecido por los puntos de fijación que eran determinados por los repertorios primario y secundario.

Con la aparición del lenguaje, la relación cerebro- órgano siguió existiendo pero se sumó poco a poco la representación psíquica de la fuente de excitación. El lenguaje generó sus propias leyes y su propia lógica, de acuerdo a la cual se organizaron las representaciones.

Es por ello que es necesario conocer las leyes del lenguaje para entender este tercer elemento que llamamos psiquis y que vino a crear una relación simbólica entre el cerebro y el órgano.



El protolenguaje

En algún momento anterior al lenguaje y probablemente motivado por la formación de grupos, comenzó a producirse una comunicación pre-verbal que adquirió un estatuto de código universal y que así fue inscripto en las áreas conceptuales del cerebro. Los gestos, las conductas y los movimientos corporales tuvieron un sentido, un objetivo. Fundamentalmente, evitar el peligro y sobrevivir a él. El reconocimiento de la amenaza biológica comenzó a transmitirse hereditariamente.

Así surgieron estas comunicaciones que permitía a la cría nacer con unos conceptos cerebrales que respondieran con facilidad a las amenazas que sus ancestros dificultosamente pudieron superar. Estas comunicaciones crearon, en el curso de millones de años, un lenguaje pre-verbal entre el cerebro y los órganos. Un diálogo de señales cada vez más complicadas en las que las respuestas a los cinco requerimientos biológicos que hemos estudiado se desarrollaron sin la presencia de la palabra.

El campo en donde se desarrollaron estas comunicaciones fue el *soma*. Podemos decir que el sistema ontogénico de los tumores es un intento de autocuración primitiva que expresa este dialogo compulsivo entre el cerebro y los órganos.

El mayor nivel de comunicación se logró al incorporar al material genético estos comportamientos. Así se transmitieron, de generación en generación, determinadas funciones que habían servido para superar obstáculos de supervivencia y que ahora eran espontáneas y no fruto de luchas adaptativas que culminaban con la muerte (paradojalmente, son estas mismas funciones las que actualmente provocan la muerte de muchos a través de las enfermedades, al ser activados estos comportamientos arcaicos que arrastramos con nuestra conciencia).

Todas estas comunicaciones (que tenían el sentido de superar obstáculos) fueron acumulándose ante las nuevas amenazas a la supervivencia. Antes de ser transmitidos genéticamente, lo fueron por imitación de gestos y conductas que aseguraban una mejora evolutiva (comer más y mejor y reproducirse con eficacia).

Se formó un lenguaje pre-verbal que incorporó así, en la evolución, los códigos de la historia biológica del futuro ser humano. Allí están los significantes pre-verbales de los que antes hablábamos. En el cerebro y en los órganos. No en la psiquis.

Nuestro antepasado no luchaba contra el Edipo ni contra la angustia de castración. Lo hacía con lo que él aún no sabía que era imposible; contra un peligro irrepresentable. Este campo sigue existiendo en cada uno de nosotros y revela los mismos anhelos universales condenados al fracaso de aquellos míticos seres primitivos, pero que en nosotros son medianamente compensados por nuestras representaciones psíquicas, neurosis y transgresiones.

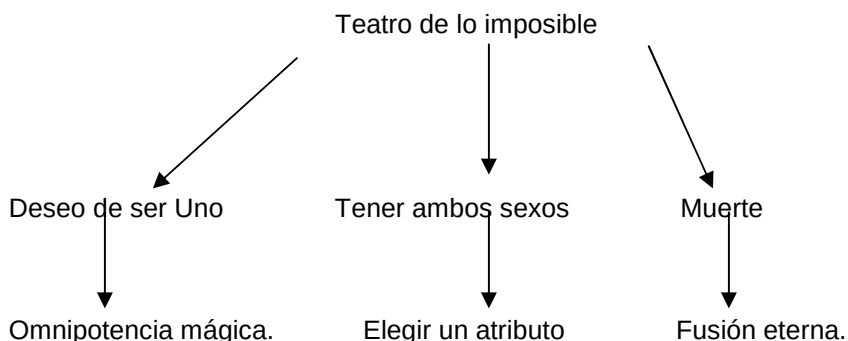
De lo imposible a lo prohibido.

Aquí debemos hacer una clara referencia a Joyce McDougall. Según la autora, existen tres traumas universales que se desarrollan en el denominado “el teatro de lo imposible”.

- 1) no poder ser Uno con el Otro (el anhelo de fusión física y psíquica con la madre)
- 2) no tener los dos sexos (el de la madre y el del padre)
- 3) tener que morir.

Estos traumas no son representables. Existen antes de cualquier representación psíquica y se refieren a una amenaza biológica. Esto no significa que no aparezcan en la psiquis, sino que cuando lo hacen no pueden representarse.

Podemos decir que hay un repudio del polo psíquico del trauma. Es un peligro indecible; una angustia primordial que sólo tiene salida a través del polo somático. Esa salida es el DHS. El cáncer.



Sólo la interpretación del otro pudo darle representación a este peligro. Así nació el teatro de lo potencialmente realizable pero prohibido por una Ley. Así nació el Edipo y la angustia de castración. Así nació la psiquis y la posibilidad de la neurosis.

Ya vimos cómo en el discurso del cáncer pueden realizarse transacciones (homosexualidad, elecciones incestuosas) que evitan la emergencia de este peligro irrepresentable que se desarrolla en el plano somático. Cuando este peligro emerge, no hay transacción posible y las conductas automáticas se activan hasta tanto no queden restos de éste.

Es muy importante insistir en esto. No se trata de palabras ni de medicamentos. Todo ello puede ayudar a paliar la situación. Pero la enfermedad insistirá mientras la escena se desarrolle en “el teatro de lo imposible”.

Hay que sacar al paciente de esa escena. Elaborar estrategias que permitan transacciones posibles. No hay tratamiento de lo imposible. Se lo debe resignificar hasta hacerlo más humano. Menos animal. Recordemos que sólo la interpretación del otro puede darle realidad psíquica a este peligro irrepresentable.

Los primeros momentos.

Imaginemos las primeras comunicaciones primitivas, en las que aún sin palabras se trataba de darle un sentido a las cosas. La presión evolutiva determinó la aparición de la palabra para que este sentido fuera posible. El símbolo fonético se introdujo de lo más simple a lo más complejo, recategorizando la historia biológica y transformando la relación cerebro- órgano en una historia psicobiológica. A tantos miles de años de estos sucesos aún estamos viviendo esta transformación.

Los primeros encuentros del hombre con la palabra deben haber sido muy confusos. No había palabra constituida, así que los distintos sentidos deben haber abundado. Quizás en la relación del bebé con el lenguaje actual podemos ver algunos indicios de aquellos primeros intentos. Podríamos decir que aquellas primeras palabras eran palabras llenas, con todos los sentidos posibles. Quizás hasta usaban el mismo fonema para los sentidos contrarios (si- no; amor- odio; etc).

Los sentidos de las palabras deben haber surgido de la observación y la repetición. Imaginemos que nuestros antepasados observaban el efecto del miedo. Algunos transpiraban, se agitaban y tenían diarrea. El “cagarse de miedo” fue entonces el fruto lingüístico de una

observación repetida. Los primeros *homo sapiens* evacuaban el intestino en donde les venía en ganas, inclusive en territorio de otros. El “me cagó” (mi espacio) pudo haber surgido de esa experiencia.

Las vinculaciones entre las palabras y los órganos fueron creando una relación que comenzó a inscribirse con significantes que la representaban. La posibilidad de usar el mismo fonema para atribuirle a la cosa nombrada sentidos contrarios dio a esta relación un valor que no era de significación sino de referencia. Se nombraba “algo”. Una función posible. Se transitaba por el camino de la equivocación más que de la certeza. Podemos decir que este camino de la equivocación es el que hay que recorrer en cualquier abordaje terapéutico para encontrarnos con esos significantes primitivos que, sin pertenecer ya a la escena de lo imposible, siguen siendo indecibles.

Poco a poco, se fueron gestando representaciones psíquicas. A las primitivas áreas de conceptos se agregaron las áreas de la conciencia superior. Aparecieron las relaciones entre el tálamo y el córtex para evitar las respuestas inapropiadas.

Los más evolucionados comenzaron a aportar símbolos que interpretaban los códigos biológicos de los menos evolucionados. Los primeros se desarrollaron en el teatro de lo imposible, pero junto al requerimiento biológico de sobrevivir en grupos determinaron un cambio de escena. Apareció la Ley y lo prohibido. La falta de omnipotencia, la elección de atributos sexuales y la “caducidad” biológica sustituyeron con su ley y con sus símbolos a una realidad imposible para la presión evolutiva.

El repudio.

No todos, inicialmente, habrán aceptado la existencia en sus vidas de las representaciones psíquicas. Muchos habrán rechazado la posibilidad de compensar la descarga somática con una psíquica y habrán continuado descargando sus emociones exclusivamente en el ámbito del soma de la forma desorganizada e indiscriminada tal como lo venían haciendo.

Pero la palabra ya existía y lo único que podían hacer era convertir estas primeras palabras llenas en palabras vacías. No se convirtieron en mudos sino en autistas. No rechazaron la articulación sino la significación. Siguió viviendo en la escena de lo imposible y las primeras vivencias psicóticas aparecieron en la historia psicobiológica.

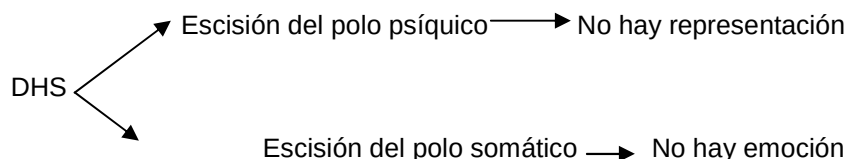
La Ley del Otro ya existía y exigía de los que la repudiaban un mecanismo de compensación que excediera el marco de las psicosis e hiciera posible un cierto equilibrio. Los primeros acercamientos a esta compensación se hicieron a través de los mecanismos adictivos, con una compulsión a la repetición que llenara con “algo” la palabra vacía.

Cuando estos mecanismos adictivos ya no eran suficientes, sólo quedaba como vía de descarga para la excitación la regresión a los códigos biológicos. La activación del protolenguaje que ponía en marcha los programas arcaicos para sobrevivir; es decir, la enfermedad.

Es por eso que en el discurso del cáncer, prevalecen terrores anteriores a cualquier lucha edípica. En las relaciones vinculares de estos pacientes encontraremos un padre al margen, una ley denegada, un niño que amenaza la integridad de todos si quiere diferenciarse. Una palabra vacía. Una posición autista.

Es que este discurso recorre el pasaje del territorio de lo imposible al de lo prohibido con una escisión que lo dificulta: la palabra se separa de la representación psíquica. Es una palabra sin sentimiento. Hay emociones pero no hay sentimientos. Es por ello que en el capítulo realizamos la diferenciación pertinente.

En el discurso del cáncer observamos que el paciente habla como si su cuerpo perteneciera a otro. El cáncer es un enemigo, un intruso. Alguien al que hay que destruir. A la vez, el discurso médico sostiene y confirma el discurso del cáncer.



Así, en el DHS se pueden producir dos situaciones. Una es la renegación del polo pulsional. No existe representación psíquica de la excitación y ésta sólo puede descargarse en el soma. La palabra, al no tener representante psíquico, es vacía. Estamos en presencia del discurso del cancer.

La otra situación es la ausencia de descarga somática. La representación psíquica se convierte en la única descarga de la excitación. La palabra está llena de todos los sentidos. Estamos en presencia del fenómeno histérico.

Un ejemplo.

C., de 33 años, consulta por dolor en el abdomen y ataques de pánico. El diagnóstico era úlcera gastroduodenal. Los síntomas se presentaban desde hacía dos meses y habían disminuido su calidad de vida de tal forma que había dejado de trabajar y permanecía en su hogar en forma constante. Tenía un hijo de tres años. No podía dejar de pensar en su propia muerte y en la de su hijo, de quien temía permanentemente por su estado de salud.

Cuando le pregunto si existió algún hecho en relación a su familia en los últimos seis meses que la preocupara, me contesta que no. Que todo estaba bien, pero que ella poco a poco fue sintiéndose mal. La paciente hablaba constantemente pero decía muy poco.

Cuando realizo su historia biológica y le pregunto cuantos embarazos había tenido, contesta que dos. Le pregunto sobre el otro embarazo y me dice que fue hace seis meses y que luego de una gestación de tres meses, lo perdió espontáneamente.

C. había perdido un hijo hacía tres meses y sin embargo, según ella, nada importante había pasado en su vida en los últimos tiempos.

Luego cuenta que ella no sufrió esa pérdida. Que la misma tarde que se enteró que su embarazo estaba detenido, tenía un compromiso y lo cumplió sin ningún problema. Que lo veía totalmente superado. Que nunca se acordaba de ello.

Aquí el destino somático se había encargado de lo que la psiquis no había aceptado. La fuente de excitación fue repudiada como polo psíquico, como sentimiento, como representación. Ella no hablaba de ello y, si hablaba, su palabra era vacía.

Pero la pérdida existía y si ella la hubiese repudiado en su totalidad, habrían aparecido vivencias psicóticas. La palabra se escindió de la pulsión; se desafectivizó. El polo somático activo programas que responden a la memoria filogenética.

Es interesante destacar que el otro hallazgo médico que se encontró en esta paciente fue un quiste de ovario (DHS de pérdida de territorio primitivo).

El dolor en la boca del estómago revelaba la contrariedad de perder una presa que había obtenido. Su cuerpo hablaba por ella. Y, al perder territorio, inspiró y se quedó quieta. Acumuló CO₂. Así se activó el ataque de pánico.

Este mecanismo de repudio del polo psíquico de la excitación lo vamos a encontrar en todas las enfermedades. No se produce la representación psíquica de la excitación. No hay acuerdo entre lo imposible y lo prohibido.

Es en el polo somático en donde se desarrolla lo imposible. La indiferenciación, la fusión eterna, la totisexualidad. No existe el equilibrio que la representación psíquica desarrollará en el terreno de lo prohibido (el Edipo, la castración, las neurosis).

Es por ello que decíamos que en el discurso del cancer encontramos sujetos poco neuróticos.

Es el peligro no representable. No verbalizable. La psiquis no lo reconoce. Sólo el soma lo hace.

Una nueva novela.

Recordemos lo que decía Edelman. Las áreas conceptuales, con la aparición del lenguaje, fueron recategorizadas a través del símbolo fonético. Los mapas cerebrales primitivos siguieron existiendo.

Ellos se encargaron de las funciones básicas para la supervivencia: la respiración, el ritmo cardíaco, la reproducción. Con la aparición del lenguaje, estas áreas no desaparecieron. No hubo sustitución, sino superposición. En los nuevos mapas cerebrales que aparecieron con el neocórtex están incluidos los antiguos mapas cerebrales. Sería imposible vivir sin ellos.

Mac Lean decía que el hipocampo se encargaba de integrar los estímulos externos con las percepciones internas y que la enfermedad surgía como una falla en esa integración. Llamaba cerebro visceral o sistema límbico al cerebro paleomamífero, que poseía una memoria y una inteligencia propia y un sentido del tiempo y del espacio independientes del resto del sistema nervioso central. Situamos al cerebro visceral en el tiempo y el espacio de lo imposible. En el territorio de la necesidad. En la expresión de lo biológico en toda su animalidad.

Creemos que el requerimiento biológico más moderno (la convivencia grupal) fue determinante para la aparición del lenguaje, la subjetividad y el neocórtex. También de los conflictos modernos que de ellos han derivado y que hemos llamado conflictos de identidad (quien soy; qué tengo; a quién pertenezco). Esta dialéctica con el Otro provocó la formación del Yo, la aparición del deseo y la internalización de una Ley que posibilitó la convivencia en un nuevo tiempo y espacio: lo prohibido.

Los primeros acuerdos entre lo prohibido y lo imposible generaron algo desconocido hasta ese momento: las fobias, las obsesiones, las histerias. Las equivocaciones y los intentos fallidos. La aparición del sujeto en toda su humanidad. Se comenzó a escribir una novela personal y social en la que la bio-lógica tuvo que acordar con la psico-lógica.

En este capítulo, que también podríamos llamar “esquema de una psicología para biólogos”, hemos pretendido acercarnos a ese acuerdo. El campo que se abre ante nosotros es tan inmenso que quisiéramos que perteneciera al territorio de lo prohibido y no al de lo imposible.

CAPITULO XXIII

LA CUARTA RESPUESTA

Uno de los elementos básicos con que debemos contar al abordar cualquier enfermedad es el conocimiento de que todos los obstáculos a la perpetuación de la vida son esencialmente frágiles. Es éste, quizás, el mayor de los obstáculos. El desconocer Esta verdad. El no incorporarla a nuestra existencia con la misma certeza con la que hemos ido incorporando otras verdades tales como que cuando un hueso se fractura, si se lo inmoviliza y se le da tiempo, se cura.

El hecho de desconocer que los obstáculos son frágiles nos hace esclavos de ellos. Así como el hecho de conocer la verdad nos hace libres. La vida ha demostrado, en los millones de años de evolución, que es más fuerte y poderosa que los impedimentos a su desarrollo. Nada la ha podido detener y aún pareciera que los intentos por frenarla en verdad han obedecido a presiones para mejorarla. Como si fueran excusas que las mismas fuerzas de la vida se imponen para lograr sus objetivos y superar estados de inercia.

Si observamos la evolución, parecería que ésta obedece a un ciclo eterno. Va de lo más simple a lo más complejo, logrando este tránsito a partir del agotamiento de los recursos para sobrevivir. Pensemos en la siguiente metáfora, que mucho tiene que ver con el momento en que un ser humano se enfrenta a una grave enfermedad.

Hace cientos de miles de años, los animales pequeños estaban al borde de la extinción, ya que eran la principal fuente de alimentación de los homínidos que reinaban sobre la tierra. No habían aprendido a comer otra cosa y no tenían capacidad para cazar animales grandes. Esto los llevó a una verdadera amenaza a su supervivencia que los obligó a mejorar si se proponían sobrevivir. El requerimiento biológico de nutrición les demandaba satisfacción o muerte. No había pactos posibles. O se conseguía comida o se moría. Imaginemos por un momento a aquellos, nuestros antepasados primitivos. Mientras lo hacemos, no dejemos de pensar en cada uno de nosotros, modernos seres humanos, enfrentados a un grave diagnóstico que amenaza nuestra supervivencia.

Allí estaba nuestro primo homínido sentado sobre una piedra y mirando fijamente el suelo, tratando de entender lo que pasaba mientras el dolor del hambre lo hería como una espina invisible. Detrás de él estaban su mujer y sus hijos. El sentía la mirada de ellos, que esperaban la comida que siempre había conseguido. Había algo en esa mirada que demandaba una acción. ¿Pero cual? ¿Qué pretendían que él hiciera? ¿Acaso la realidad no era lo suficientemente clara?

Nuestro primitivo antepasado seguía mirando el suelo y no encontraba ninguna solución ni a su dolor ni al dolor de los otros.

Se me ocurre imaginar que deben haber existido cuatro tipos diferentes de respuesta a ese momento crítico de la vida homínida sobre el planeta. Y se me ocurre que esas cuatro respuestas aún siguen siendo las mismas al enfrentarnos hoy a una amenaza a nuestra vida.

La primera de ellas la llamaremos la “**confusión**”. Algunos se habrán levantado de la roca y con la mirada perdida y el cuerpo pesado habrán salido a buscar algún inexistente animal pequeño o a enfrentarse a un imbatible animal grande, aún sabiendo que no tenían capacidad para hacerlo. Habrán terminado perdidos en el desierto o muertos cruelmente. O quizás, luego de algún tiempo de deambular sin rumbo, habrán vuelto para morir junto a los suyos.

La *confusión*. La de muchos pacientes que ante el horror buscan soluciones milagrosas sin preguntarse si la solución es real. La de aquellos que terminan abatidos, sin energía, por tratamientos cruentos para los cuales no están capacitados.

La segunda respuesta la llamaremos la “**desesperación**”. Algunos se habrán levantado de la roca y con una furia desbordante habrán ido a robar a los que aún tenían comida. Se habrán desatado luchas feroces con el objetivo de sobrevivir un escaso tiempo más; la ceguera de la ira.

La *desesperación*. La de tantos pacientes que gritan a quien quiera escucharlos “a mí, la enfermedad no me va a ganar”. La de aquellos que hacen lo que a otros les hizo bien. La de quienes creen que “hay que hacer algo”, sin importar qué relación tiene ese algo con ellos, con su historia, con su estilo de ser en el mundo, con sus creencias.

La tercera respuesta la llamaremos la **“inercia”**. Este grupo de nuestros antepasados no se levantó de la roca y encontró en la mirada de sus seres queridos el peso de la imposibilidad. Se habrá quedado solo, mirando fijamente el suelo y aceptando que ya nada se podía hacer. Habrá desaparecido del mundo, sin escapar ni luchar.

La **“inercia”**. La de algunos pacientes que entregan su vida, cuando sólo deberían entregar su enfermedad. El obstáculo es un muro que no se puede saltar. “Quizás venga alguien o aparezca algo”. “De todos modos, es mejor morir que sufrir”.

La fe

Pero hay una cuarta respuesta. Algunos, mirando el suelo y enfrentando los ojos de su mujer y sus hijos, habrán encontrado en la mirada de la tierra y en la de sus semejantes algo que no era una demanda sino una fuente de alimentación. Imaginamos que en ese momento mítico debe haber nacido la fe. Un momento en que la vida enfrentó sus dos verdaderas caras: la muerte y la evolución. Un momento que aún puede repetirse en cada persona que se enfrenta a un obstáculo a la supervivencia.

Nuestro primitivo antepasado no sabía qué era la evolución; y de la muerte como realidad sólo percibía que eran los otros los que se morían. Por cierto, no es esto muy diferente de lo que nosotros sabemos actualmente. Y de las dos caras de la vida pudo, como en una cinta de Moebius, pasar de una a la otra y captar en esa mirada de la tierra y de sus semejantes la posibilidad real de superar la prueba de supervivencia.

Fe significa **“confianza”**. Pero también es el prefijo de varias palabras (felicidad, fertilidad, femineidad) que en su origen significan **“succionar al otro”**. Sin el otro, que nos alimenta y nos da la vida, ninguno de esos bellos conceptos hubiera sido posible.

Ese momento debe haber sido tan maravilloso como todos los momentos de creación. Momentos eternos, en los que no hay tiempo, pero que definen el nacimiento de un tiempo; la puesta en consonancia con la realidad. Nuestro amenazado ancestro, en lugar de sentirse confundido, desesperado o inmovilizado, **“succionó”** a la vida y generó tal sentido del poder que no dudó un instante. Tuvo fe.

La cuarta respuesta es la **“fe”**. Algunos se habrán levantado de la roca y habrán tomado conciencia de que tenían manos. Que con ellas podían tomar piedras y arrojarlas a la cabeza de los animales grandes. Para hacer eso, tenían que calcular el peso y el tamaño de la piedra para que la distancia fuera la correcta. Esto hizo crecer las partes del cerebro que se encargaban de esos cálculos. Entonces, el hombre fue a buscar a sus compañeros de caza y elaboró estrategias.

Si azuzaban a los animales grandes, éstos podían caer en fosos o precipicios y ser muertos. Necesitó, para que la comunicación entre los grupos de caza fuese óptima, elaborar y desarrollar el lenguaje, siendo así las órdenes más claras y precisas. La corteza cerebral necesitó para ello extenderse hasta el aparato de fonación. Con ello apareció el lenguaje.

Su cuerpo evolucionó. Su cerebro evolucionó. Creció. Mejoró. Sobrevivió. Hizo lo que todos aquellos que enfrentan amenazas de supervivencia deben hacer. Poner en movimiento ciertos mecanismos que la vida exige que activemos para evolucionar.

Como nuestros pacientes que se animan a crear la **“cuarta respuesta”**. No se puede sanar sin crecer. No se puede recuperar la salud si no se sale del **“estado de enfermedad”**. El homínido que evolucionó no quiso depender más del animal chico. Comenzó a ocuparse del animal grande. De una nueva realidad. Superó sus restricciones y abrió su conciencia.

La fuente de la salud está allí. Sólo es necesario capacitarse para acceder a ella, que es una fuente de riqueza inagotable.

Las restricciones.

Esa fuente de vida está inscrita en nuestras existencias particulares. Ya nacemos con ellas. En el curso de nuestras vidas se elaboran y desarrollan. Son nuestros campos de clausura

operacional que se han ido elaborando durante los millones de años de evolución y que llamamos nuestro límite natural. En realidad, son programas de restricción física y psíquica. Nuestro cuerpo físico se deteriora según esos programas y nuestra mente sólo admite lo que encaja en ellos.

En lo que llamamos enfermedad, nuestro cuerpo tiene tres programas posibles:

- 1) La solución rápida y *ad-integrum* ante el conflicto. Es lo que llamamos enfermedades agudas (resfríos, heridas, fracturas)
- 2) La solución lenta y limitada ante la persistencia del conflicto. Es lo que llamamos enfermedades crónicas (reumatismo, depresión, alergias).
- 3) La imposibilidad de la solución ante la intensidad del conflicto. Es lo que llamamos enfermedades mortales o terminales (cáncer múltiple, infartos masivos).

Estas respuestas de nuestro cuerpo forman parte de los programas de restricción física que están inscriptos en todas las células de nuestro organismo, cuyo operador fundamental es el cerebro. Ellos son universales. No podemos “salirnos” de este tipo de respuesta. Es nuestra naturaleza; nuestro límite.

Lamentablemente, la medicina no ha reconocido esta “naturaleza” y la ha interpretado como el ataque de microbios o como fallas moleculares, sin advertir la existencia del conflicto biológico como la verdadera causa de la enfermedad.

Sin conflicto no hay enfermedad, ya que el conflicto manifiesta la existencia de dos fuerzas opuestas; dos polos que tratan de atraer hacia su extremo la solución del obstáculo. Hablábamos antes de las dos caras de la vida: la muerte o la evolución. Podemos hablar ahora del bien y del mal, de la compañía y la soledad, de la pobreza o la riqueza.

Usaremos un libro del Antiguo Testamento para adentrarnos en el misterio de la polaridad y de lo que ella significa: la clausura a determinadas realidades; la restricción física y psíquica.

Al principio...

En el libro de *Génesis* 2-3, Dios, luego de haber creado al hombre, lo pone en el jardín del Edén y le da la siguiente orden: “Puedes comer de cualquier árbol que haya en el jardín, menos del árbol de la ciencia del bien y del mal, porque el día que comas de él, morirás sin remedio”.

La orden es dada al único ser que existía, Adán. No hay aun otro ser polar, complementario. La mujer, creada luego, será quien primero tenga acceso al fruto prohibido, “que era muy bueno para alcanzar la sabiduría”.

La polaridad (el árbol del bien y del mal) estaba en el medio del jardín. Según los planes de Dios, el hombre no debía acceder a ella y sólo se dedicaría a cultivar y cuidar el jardín.

Luego de la presentación de este ser sin polaridad, Dios se dedica a crear distintos seres “porque no es bueno que el hombre esté solo”. Pero ellos (aves, fieras) “no son semejantes a él” y “no lo ayudan”. Es entonces que el mismo Dios, que había prohibido expresamente el acceso a la polaridad bien-mal, crea la polaridad del hombre, “un ser semejante para que lo ayudara”.

Al igual que la existencia del árbol, la existencia de la mujer no generaba aún, en el hombre, el acceso a la polaridad. Así lo demuestra el versículo final del capítulo 2: “Los dos estaban desnudos, hombre y mujer, pero no por eso se avergonzaban”.

El drama se desencadena en la reveladora conversación entre Dios y Adán. “Dios llamó al hombre y le dijo: “¿Dónde estás?”. Este contestó: “Oí tu voz en el jardín y tuve miedo porque estoy desnudo, por eso me escondí”. Dios replicó. “¿Quién te ha hecho ver que estabas desnudo?”. “¿Has comido acaso del árbol que te prohibí?”.

Es ahora que se escucha la categórica sentencia de Dios. “Porque has comido del árbol del que yo te había prohibido comer... volverás al polvo porque eres polvo”. Dios instala los programas de restricción física, la enfermedad y la muerte.

“El hombre ha venido a ser como uno de nosotros, pues se hizo juez de lo que es bueno y malo. No vaya ahora a alargar su mano y tome también del Árbol de la Vida. Pues al comer de ese árbol, vivirá para siempre”.

Su promesa anterior (“morirás sin remedio”) se cumple. Ambos son echados del jardín y su ya ahora mortal vida transcurrirá “trabajando la misma tierra de la que habían sido formados”. El jardín

es cerrado y el Árbol de la Vida es custodiado por un remolino que disparaba rayos. Hasta aquí, el relato bíblico.

Creemos que el Árbol del Bien y del Mal podría ser una metáfora de lo que comenzamos a llamar “programas de restricción psicológica”. Algo que antes habíamos nombrado como “clausura operacional del cerebro”.

Todo nuestro conocimiento está basado en nuestra forma de acceder al “Árbol del Bien y del Mal”. A cómo están inscriptos los programas de restricción que permiten que nuestro cerebro acceda a determinadas operaciones y a su vez clausuran el paso a otras.

La forma en que un ser humano entra en ese territorio es a partir del permiso de otros que le facilitarán o le obstaculizarán ese acceso.

La serpiente le dice a la mujer: “No morirán si comen del árbol. Dios sabe muy bien que el día que coman de él, se les abrirán los ojos y serán como dioses.”

El niño entra a ese saber para ser como los dioses adultos, pero ese saber es impuesto. Dios le exige a Adán no entrar en la polaridad bien-mal, pero a su vez le crea propia polaridad: la mujer. Ya no hay salida. Si el hombre tiene su polaridad, está condenado a buscarla.

Los programas de restricción psicológica, la forma de acceder a la realidad son impuestas. Sólo se accede a la realidad a través de la polaridad. Causa-efecto. Antes-después. Salud-enfermedad.

El Árbol de la Vida estará custodiado para que el hombre no acceda nunca a él. La vida tendrá su cara polar y ella es la muerte. Así quedarán emparentados, como una consecuencia inevitable, los programas de restricción psicológica y los de restricción física.

La enfermedad.

Al instalarse la polaridad, se instala el tiempo, una de las más intrincadas creaciones humanas. No será el *Kayros* de Dios, sino el *cronos* del hombre. A la simpaticotonía le seguirá la vagotonía. A la proliferación celular, la necrosis. A la osteólisis, el sarcoma.

La búsqueda del equilibrio será penosa y dependerá de cuán intensa haya sido la experiencia polar. La maldición de Dios llega al hombre “por todos los días de tu vida.”

¿Cómo podemos entender a la enfermedad desde este lugar?.

Creemos que hay tres elementos básicos:

- 1) la polaridad
- 2) el tiempo
- 3) el conflicto

Al igual que la tríada *psique-cerebro-órgano*, esta nueva tríada *polaridad-tiempo-conflicto* no puede estar separada sino permanentemente interactuando, ya que no hay conflicto sin polaridad, ni conflicto sin tiempo.

Es aquí donde debemos expresar una posición filosófica ante la enfermedad. A ella no la consideramos algo bueno o malo. Sólo algo que ocurre y que expresa la realidad del ser humano. No podemos eliminarla porque forma parte de la vida. No es nuestra pretensión hacerla desaparecer, sino integrarla en una dialéctica que abarque los tres factores antes enunciados. Así podremos entender que se puede vivir sin cáncer, pero también se puede vivir con cáncer.

Es esta una de las propuestas más conmovedoras que ansiamos que se tenga en cuenta. Queremos reconocerlo, confrontarnos con él, dejarlo expresar el mensaje que nos viene a traer y luego trascenderlo en una verdadera curación o en una auténtica integración a nuestra vida.

Tiempo atrás, al Dr. Contreras (un prestigioso oncólogo de Tijuana, México, reconocido mundialmente) se lo invitó a desarrollar sus ideas frente a un comité de oncólogos. Cuando llegó el momento de exponer los casos clínicos, mostró una radiografía de pulmón del paciente J. Y luego otra radiografía del mismo paciente un tiempo después. No se observaban cambios significativos.

Rápidamente, uno de los oncólogos presentes le pidió al Dr. Contreras que no continuara hasta que él le mostrara algo. Salió por un momento y volvió con unas placas en la mano. Las expuso frente a todos y dijo: “Este es mi paciente P. con cáncer de pulmón”. Luego sacó otra placa y dijo

“Este es el mismo paciente luego de la quimioterapia. Como verá, Dr. Contreras, las lesiones en mi paciente han disminuido notablemente; en cambio, en el suyo casi se mantienen iguales.”

El viejo médico miró al joven oncólogo a los ojos y le preguntó. “¿Cómo está su paciente?”. “Ya ha fallecido; usted bien sabe que la sobrevida en estos pacientes es muy escasa”, respondió el oncólogo.

“Pues bien-continuó diciendo el Dr. Contreras- esta segunda radiografía de mi paciente J., ha sido tomada doce años después de la primera y él continúa vivo y con una excelente calidad de vida”.

Creemos que éste es un ejemplo de lo que podría hacerse si dejamos de luchar contra el cáncer y comenzamos a entenderlo y a integrarlo en nuestras vidas. Nadie tiene la curación del cáncer en sus manos. El que ose decir eso está mintiendo y estafando a la gente. Lo que sí cada persona tiene en sus manos (y cada médico que se anime a tratar a esa persona) es el poder lograr que la enfermedad deje de ser un hecho exclusivamente negativo y se convierta en una “cuarta respuesta” que permita no sólo su supervivencia sino un cambio en su actitud de vida.

La polaridad.

La cuarta respuesta es la polaridad. Entender que vivimos en un mundo de fuerzas distintas que pueden parecer opuestas pero que en realidad son complementarias. Comprender que toda manifestación de la vida tiene un sentido que es mantener la dialéctica entre lo positivo y lo negativo.

En una película llamada “Tierra de sombras”, el protagonista, un profesor de literatura de la Universidad de Oxford, se enamora de una mujer americana, divorciada y con un hijo, que al poco tiempo desarrolla un cáncer de huesos. La escena se desarrolla a comienzos del siglo XX y luego de un tratamiento bastante cruento, ella hace una remisión.

Deciden hacer un viaje a un lugar muy querido por ambos y cuando llegan se desata la lluvia. Ellos corren y se ocultan en una gruta. Allí, mojados y contentos, él expresa su felicidad. Ella le pide que calle y le dice ¿“No te das cuenta de que voy a morir”? Las palabras golpean al profesor “¿Por qué arruinas este momento de felicidad?”, le reprocha, llorando.

Ella lo mira con mucha ternura y le dice una frase inolvidable: “Tienes que aprender que la felicidad de hoy es sólo la preparación para el dolor de mañana. Ése es el pacto”.

Con el tiempo, ella vuelve a enfermarse y muere. El profesor cae en un estado de profunda tristeza y se aleja del mundo. Nada quiere saber de la vida y de sus pactos. Hasta que es rescatado por el hijo de su mujer, y vuelve a escribir y a dar clases.

Una mañana se enfrenta a sus alumnos, toma una tiza en sus manos y escribe en la pizarra: “Tienen que aprender que el dolor de hoy es sólo la preparación para la felicidad de mañana. Ése es el pacto”.

Quizás eso sea lo que Dios quiso que aprendieran Adán y Eva al prohibirles el acceso al Árbol. La humanidad está condenada a la vida y a la muerte, a la salud y a la enfermedad, al bien y al mal, por haber intentado saquear el Árbol sin comprender el método, el conocimiento oculto detrás de la polaridad. Nos atrevemos a pensar que Dios igualmente se los iba a dejar probar. Quizás no había otra posibilidad para esa vida pensada por Dios.

Creemos que la enfermedad es el saqueo del Árbol. Una respuesta programada por la naturaleza en casos de saqueo. Una metáfora de un conflicto biológico que ya no existe.

La nutrición se convierte en insaciabilidad, la defensa en acorazamiento rígido. Se pierde el sentido de la vida. Se quiere satisfacer una necesidad que no existe. Nos convertimos en perros que liberamos saliva cuando la comida no está presente.

Éste es el verdadero drama de la enfermedad. Responder cuando la pregunta no está hecha. Y lo que acentúa el drama es la intervención de la medicina con respuestas equivocadas a esa respuesta equivocada. La pregunta nunca se deja escuchar.

La American Cancer Society publicó en el año 1999 una estadística asombrosa. Por un lado, la cantidad de casos nuevos de los distintos tipos de cáncer en ese año en los Estados Unidos y, por el otro, la cantidad de muertes por cada tipo de cáncer en ese mismo período.

Cantidad de casos nuevos		Cantidad de muertes	
Pulmón y bronquios	171.600		158.900
Mama	176.300		43.700
Colon	94.700		47.900
Hígado	14.500		13.600
Cuello uterino	12.800		12.800
Próstata	179.300		37.000
Cerebro	16.800		13.100
Estómago	21.900		13.500
Huesos	2.600		1.400
Leucemias	30.200		22.100
Páncreas	28.600		28.600

También se ha publicado que la cantidad porcentual de muertes en general se ha mantenido estable en los últimos diez años, pero la cantidad de muertes por cáncer se ha triplicado.

¿Qué es lo que no entendemos todavía?.

Las propuestas metodológicas indicadas por el Dr. Contreras en Méjico o por el Dr. Hamer en Alemania proponen estadísticas mucho más alentadoras pero, sin embargo, no son aceptadas como propuestas válidas.

¿Qué las diferencia?

Creemos que el haber aceptado la polaridad como principio de cualquier enfoque terapéutico. Contreras se basa en no eliminar la enfermedad, sino en hacer crecer la salud con una vida armoniosa y un acercamiento a Dios. Hamer, tratando de resolver el conflicto que activa un programa de supervivencia, teniendo en cuenta la tríada *psique-cerebro-órgano*.

Volvemos a nuestra posición filosófica. La enfermedad no es exclusivamente buena o mala. Si nos quedamos con lo negativo y queremos eliminarla y destruirla a cualquier costo, perdemos lo positivo y queda incompleta su manifestación. Si sólo nos quedamos con lo positivo de la enfermedad y queremos entender su mensaje sin compensar las manifestaciones negativas de la misma, éstas buscarán su expresión porque la pregunta no coincide con los tiempos de la respuesta.

El tiempo.

Es aquí que el tiempo juega un rol fundamental. Es el *Kayros*. El momento oportuno.

Hay un *koan* que expresa esto maravillosamente. Un discípulo enfrenta la última prueba con su maestro. Si la supera, dejará de ser discípulo y será maestro. Si no lo hace, quizás pase mucho tiempo antes de volver a enfrentar la prueba. Los dos se miran cara a cara y el maestro habla. “Tengo un palo en la mano y me debes responder a ésta pregunta: ¿Te lo voy a romper en la cabeza?. Si dices que sí, te lo rompo en la cabeza. Si dices que no, te lo rompo en la cabeza. Si no dices nada, te lo rompo en la cabeza. Si dices cualquier otra cosa, te lo rompo en la cabeza. Tienes que contestarme ...¡ahora!”.

El discípulo toma el palo de las manos de su maestro, lo rompe entre sus piernas y sigue su camino, ya convertido en maestro.

Así nos trata la vida. Cuando queremos eludir la responsabilidad, nos carga de responsabilidades; cuando odiamos el ruido, nos rodea de niños; cuando somos demasiado dóciles, nos enfrenta con personas autoritarias. Cuando sólo queremos ver lo bueno, nos confronta con lo malo. Y en la enfermedad, esta confrontación en el momento oportuno se manifiesta con una sabiduría que nunca es considerada.

“Si te han abofeatado la cara, te la llenaré de hueso”. “Si has escuchado una información imposible, te cerrará los oídos con ruidos”. “Si tu hijo está enfermo, te abriré los conductos de la mama para que lo nutras”. “Si no puedes tener un hijo, te agrandaré el endometrio”. “Si te sientes

amenazado, solo te dejaré ver el horizonte”. “Si has perdido toda esperanza, te sacaré las emociones”. “Si ya no puedes estimular el otro polo, te dejaré morir”.

Es la vida la que nos habla así. Ella tiene leyes (las cinco leyes de Hamer son leyes de la vida) que expresan la sabiduría de la evolución. La vida no es rígida dentro de sus leyes, sino que los rígidos somos nosotros. No respondemos en el momento oportuno ante la pregunta hecha y es la evolución la que responde.

“Si me han abofeatado la cara, morderé al que me pegó o pondré la otra mejilla”. “Si he escuchado una información imposible, preguntaré hasta hacerla posible”. “Si mi hijo está enfermo, confiaré en sus fuerzas o en el poder de Dios”. “Si no puedo tener un hijo, adoptaré o sublimaré ese deseo”. “Si me siento amenazado, pediré ayuda”. “Si pierdo las esperanzas, volveré a intentarlo de nuevo”. “Si el otro polo me da miedo, aprenderé a reírme de él”.

Es claro que no es fácil. Es aquí que se necesita la ayuda de mi pareja, de mi familia, de mi grupo social, del sistema en que vivo. Pero si sé lo que quiero, los obstáculos pueden ser frágiles. En ese momento sobreviene ese hecho que la teología llama la Gracia. Una fuerza nueva que mantiene la polaridad en un nuevo registro. No se ignora lo negativo, pero se lo trasciende. Ahí que aparece “la cuarta respuesta” .

Cuando Caín mata a Abel, Dios le pregunta: “¿Dónde está tu hermano?”. Caín responde: “¿Acaso soy yo el guardián de mi hermano?”, a lo que Dios proclama: “Si no eres el guardián de tu hermano, eres su asesino”.

La medicina debe ser el guardián de la salud de nuestros hermanos. Si no cumple con esa función, lentamente irá comprendiendo que puede llegar a ser su asesino.

El conflicto.

Esta tríada que planteamos se completa con la idea del conflicto. Siempre entendimos que éste era la lucha de dos fuerzas opuestas. Ahora debemos comenzar a pensar en la lucha de dos fuerzas complementarias, donde una no puede vivir y expresarse sin la otra. Los occidentales hemos reducido esta idea a la lucha entre el bien y el mal; lo que es bueno para nuestra vida y lo que es malo para ella. Nuestra educación y todo nuestro sistema se basa en este concepto. La medicina, como sistema de derecho, no escapa a esta evaluación y parece que está sumamente claro para todos “lo que es bueno y lo que es malo para conservar la salud”.

El hecho, francamente consolador, que con el tiempo, algunas cosas consideradas malas pasen a ser consideradas buenas, no altera la consistencia de este sistema de creencias, que se funda en que nada bueno se puede sacar de lo malo ni nada malo de lo bueno.

Hay una interesante estadística que se realizó en la Universidad de Washington y que se conoce como escala de Holmes. En ella se miden situaciones, que para el estilo de vida norteamericano se consideran estresantes y se le da un puntaje del 1 al 100.

Muerte de un cónyuge	100
Divorcio	73
Separación conyugal	65
Encarcelamiento	63
Muerte de un familiar	63
Enfermedad o accidente	53
Quedarse sin trabajo	47
Reconciliación matrimonial	45
Retiro laboral	45
Enfermedad en la familia	44
Embarazo	40
Problemas sexuales	39
Nuevo integrante en la familia	39
Ajuste financiero	38
Muerte de un amigo	37
Cambio de trabajo	36
Discusiones familiares	35
Hipoteca	31

Juicio hipotecario	30
Hijos que se van	29
Esposa que comienza a trabajar	26
Comienzo o fin de clases	26
Cambio de residencia	25
Cambio de hábitos	24
Problemas con el jefe	23
Cambio de iglesia	19
Cambio en los hábitos de sueño	16
Separación de la familia	15
Cambios en la alimentación	13
Actividades navideñas	12
Ofensas	11

Esta escala se investigó en un grupo importante de personas y se determinó que el 50% de los que acumularon 300 puntos o más desarrollaron en los doce meses posteriores algún tipo de cáncer. Solo el 9% de aquellos que acumularon 200 puntos o menos desarrolló cáncer.

Independientemente de las interpretaciones graciosas que los que vivimos en países latinoamericanos podríamos hacer de alguno de estos hechos, todos ellos revelan la presencia del conflicto. Las actividades navideñas o la reconciliación matrimonial no son hechos que puedan considerarse negativos, pero la actitud ante ellos, condiciona el paso de la simpaticotonía a la vagotonía o viceversa. Hay un movimiento polar extremo que según las conclusiones de la estadística puede producir enfermedad.

Pareciera que aquello que predispone a la enfermedad es una excesiva continuidad o intensidad en uno solo de los polos (no necesariamente el negativo); La simpaticotonía continua que lleva a la proliferación celular o la vagotonía continua que genera el edema cerebral.

El conflicto surge cuando el individuo no puede confrontarse con ambas polaridades del hecho. El DHS es tan sorpresivo que la respuesta es rígida. No hay posibilidad para la discriminación. El individuo responde como se responde ante la necesidad. “¡No me lo puedo tragar!”. “¡Me cagaron!”. “¡Me partió el corazón!”

Hay identificación con uno de los polos del hecho y la dialéctica desaparece. El discurso del cáncer elimina la posibilidad de esa dialéctica y funda un nuevo orden.

Recuerdo una paciente que tenía cáncer de pulmón y al pedirle que dibujara lo primero que se le ocurriera ante la palabra cáncer, dibujó en el centro de la hoja una enorme piedra. Luego le pedí que siguiera dibujando e hizo un arroyo, unas montañas lejanas y pájaros volando. Le pregunté cual era la característica fundamental de la piedra y me contestó que era la quietud.

“Tenés que quedarte quieta”, le dije sorpresivamente. Me miró extrañada y luego de unos segundos, rompió en llanto. “No puedo, tengo tantas cosas que arreglar; mi marido, mis hijos. No puedo. No puedo”.

Guardé silencio ante su llanto y luego de un tiempo, volví a decirle: “Tenés que quedarte quieta. La piedra, tu cáncer, necesita que aceptes ese mensaje y luego está la vida, la libertad, los pájaros. Pero primero tenés que aprender la quietud de la piedra y todo va a estar bien”.

Esta mujer se caracterizaba por poseer una gran energía y nunca había dejado de estar activa. El cáncer la había sorprendido luego de una pérdida laboral importante. Luego del diagnóstico había seguido trabajando más intensamente que antes. Su cáncer seguía avanzando y ello la motivaba a tener más actividad porque el tiempo se terminaba. No podía detenerse a escuchar el mensaje. Y el mensaje era justamente detenerse.

Tomé el papel y le dije: “Todos los días, tomarás un papel y dibujarás una piedra. Y todos los días te darás cuenta que la piedra se hace más chica hasta que el papel se llene de montañas y pájaros. Cuando llegue ese momento, tu vida habrá encontrado su sentido”.

Varios meses después esta mujer vino a verme con un papel lleno de pájaros. El cáncer ya no era su preocupación. Recuerdo que tomé el papel y le pregunté donde estaba la piedra. Me miró sonriente y dijo: “Está ahí, Dr., forma parte de la montaña”.

Confieso que no todos los trabajos con material simbólico tienen este desarrollo, pero ciertamente todos abren caminos que debemos aprender a explorar.

Los caminos.

Esos caminos suelen tener tal sabiduría que nada ocurre al azar. Los que creemos en Dios, le damos a El su porqué y su para qué. Los que aun no creen, no entienden o se sorprenden.

Los médicos debemos aprender de esa sabiduría que no está en los libros ni en ningún iluminado. Está en cada uno de nosotros. Sólo debemos aprender a escuchar. Es aquí que la palabra “amor” adquiere un sentido mucho más operativo que cualquier definición poética.

Amar es buscar la verdad dentro de lo que queremos ser y lo que rechazamos ser. Nos mutilamos cuando buscamos la verdad sólo en lo que queremos ser.

Aquel primitivo antepasado nuestro que entendió que los obstáculos pueden ser frágiles, lo hizo a partir de su propia fragilidad. Pero no negó su capacidad de superar esa fragilidad.

Carl Jung, en una conferencia dictada en Suiza a un grupo de sacerdotes, dijo: “La gente olvida que los médicos tienen escrúpulos morales y que ciertas confesiones de los pacientes resultan muy duras de aceptar, incluso para un médico. El paciente nunca se sentirá comprendido hasta que se acepte lo peor que hay en él. Nadie puede arreglar esto con palabras. Se necesita la propia actitud del médico hacia sí mismo y hacia su lado oscuro. Si el médico quiere guiar a otro o incluso acompañarlo un paso en el camino, nunca lo juzgará. No importa si pone su juicio en palabras o se lo guarda para sí mismo. Tomar la posición opuesta y estar de acuerdo con la persona sin aceptarlo tampoco sirve, ya que lo aparta tanto como la condena.

Se trata de una cualidad humana, una especie de profundo respeto por los hechos, por la persona que sufre a causa de ellos y por el misterio de la vida. La persona auténticamente religiosa tiene esa actitud. Sabe que Dios hace que ocurran toda clase de cosas inconcebibles, y que busca entrar en el corazón de los hombres de las formas más curiosas y, por lo tanto, busca que sienta en todas partes la invisible presencia de la divina voluntad. Se trata de un logro moral por parte del médico, que no debe dejarse repeler por la enfermedad y la destrucción.

Si un médico desea ayudar a un ser humano, debe ser capaz de aceptarlo tal como es, y sólo podrá hacerlo, cuando ya haya visto y aceptado lo que es él mismo. Tal vez suene muy simple, pero las cosas simples siempre son las más difíciles.

Alimentar al mendigo, perdonar un insulto, amar a mi enemigo en el nombre de Cristo son sin duda grandes virtudes. Lo que hago por el último de mis hermanos lo hago por Cristo. Pero lo que deberé descubrir, es que el último de entre ellos, el más pobre de todos los mendigos, el más impúdico de todos los ofensores, sí, el enemigo, están en mí, y que yo mismo tengo necesidad del abrazo de mi propio hermano, que yo mismo soy el enemigo que debe ser amado. Entonces ya no hay mas charla sobre el amor y el sufrimiento. Al echar nuestra rabia sobre el hermano que hay en nuestro interior, nos condenamos a nosotros mismos. Lo escondemos del mundo, negamos haber encontrado alguna vez a ese último entre los últimos en nosotros mismos, y si no hubiera sido Dios quien nos dio esa forma despreciable, le negaríamos mil veces antes de que cantase un solo gallo”.

La trampa.

Debemos aprender a reconocer en toda manifestación supuestamente negativa de la vida (y la enfermedad es una de ellas), el extremo polar de una unidad en continuo movimiento, que debe necesariamente dejar manifestar al otro polo para no detener esa dialéctica.

Si nuestra paciente rechazaba la piedra, ésta iba a seguir creciendo, porque era la única manera en que su presencia pueda ser reconocida. Si integraba la piedra a su vida sin rechazarla, poco a poco el otro extremo polar (los pájaros) poblaría el paisaje. Es una ley. No se trata de buenas intenciones.

El hecho de trabajar con símbolos directos (la piedra, los pájaros) y no con símbolos indirectos (la manifestación psicobiológica de la enfermedad), permite no generar en el paciente la angustia de la percepción de lo peligroso.

Si enfocamos los síntomas en relación a los hechos de la vida, se crea una relación causa-efecto que puede estimular imaginariamente la creencia de “porque hice esto, me pasó aquello”. Así sólo se trabaja sobre “las causas eficientes”. Se reemplazan los virus o el cigarrillo, por los hechos psíquicos.

Creemos de suma importancia ante la presencia de un discurso tan rígido como el del cáncer, trabajar con símbolos directos de la polarización (dibujos, visualizaciones, dramatización, cuentos, etc.) y no con las metáforas psicobiológicas que el propio discurso no deja reconocer.

Recuerdo una paciente que asoció a su cáncer de vejiga la figura de un pez. Cuando le pregunté cuales eran las características generales de un pez, expresó que “vivía oculto, nadie se enteraba de su vida, y sólo dependía de sus propios recursos para sobrevivir ya que nadie lo ayudaba”.

Le pedí que visualizara un pez y que relatará lo que veía. “Veo la boca del pez. La luz es como si la atravesara... Se me viene a la mente cuando mi ex marido me contó que tenía una novia. Ella decía que yo tenía boca de pescado pero para mí la que tenía cara de pescado era ella... Se me aparece la imagen de cuando era chica y remontábamos un barrilete. Yo nunca pude hacerlo. Tenía que tenerlo bien del medio, mi hermano corría y yo lo soltaba de golpe... Me acuerdo de la cola del barrilete... Ahora veo a mi hermana. La lealtad que yo le tenía... Mi madre no la dejaba salir con un muchacho. Me acuerdo que cada vez que hablaba de él, escupía.”

Esta mujer reconocía que esa figura oscura de su vida (lo que rechazaba, lo oculto, lo que sólo ella sabía) podía ser atravesada por la luz. Ella lo proyectaba en otras personas (la boca de pez), luego lo convertía en un símbolo de la libertad como es el barrilete (que ella no sabía cómo usar). Y luego su madre y el rechazo. Y los símbolos que permiten expresar lo que la rigidez de su discurso no deja.

Es función del terapeuta permitir que esto continúe. No rechazar desde adentro. Las palabras de Jung son tan fuertes y tan claras.

No hay que tenerle miedo a la expresión de lo oculto. Y si se le tiene miedo, no estimular su expresión, porque se lo va a volver a rechazar (es como un pez volador que uno espera para pegarle un machetazo en lugar de contemplar la belleza de su vuelo). Es lo que hacen algunos terapeutas y algunos pacientes. El solo hecho de realizar quimioterapias agresivas y cirugías cruentas es una expresión de esta actitud.

La enfermedad está ahí, porque hubo muchas cosas (personales, familiares, sociales) que fueron rechazadas. Debemos dejarlas expresar y luego estimular la continuidad de la dialéctica. Que la salud se exprese no por la eliminación de la enfermedad sino por la integración a las actitudes de vida. Para ello está el tiempo. El Kayrós. El médico tiene que aprender a ser paciente. El paciente tiene que aprender a ser médico.

Creo que la mejor forma de salir de esta trampa que es la enfermedad, es tomar conciencia de que nosotros y la trampa somos la misma cosa.

Recuerdo que Alan Watts decía que la vida (y por qué no, la enfermedad) es un juego cuyos integrantes no conocen el reglamento. Se apasionan jugando, pero no obtienen resultado porque ni siquiera saben que es un juego. La actitud que él proponía era retirarse, aprender el reglamento y volver a jugar sabiendo que sólo se trataba de un juego.

Creemos que las propuestas expresadas en este libro pueden acercarnos al reglamento de esta manifestación de la vida que llamamos enfermedad. La conciencia de que sólo se trata de un juego (en el que se nos va la vida) formará parte de las impostergables decisiones de cada uno.

CAPITULO XXIV

JURAMENTO HIPOCRÁTICO

“Si observo con fidelidad mi juramento, séame concedido gozar felizmente de mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mi la suerte contraria.”

HIPOCRATES, AÑO 460 A.C.

JURO POR APOLO, MEDICO, POR ESCULAPIO, HYGIEA, PANACEA Y POR TODOS LOS DIOS Y DIOSAS A QUIENES PONGO POR TESTIGOS DE LA OBSERVANCIA DEL SIGUIENTE JURAMENTO, QUE ME OBLIGO A CUMPLIR LO QUE OFREZCO CON TODA MI FUERZA Y VOLUNTAD. TRIBUTARE A MI MAESTRO DE MEDICINA EL MISMO RESPETO QUE A LOS AUTORES DE MIS DIAS, PARTIENDO CON EL MI FORTUNA Y SOCORRIENDOLE SI LO NECESITASE; TRATARE A SUS HIJOS COMO A MIS HERMANOS, Y SI QUISIERAN APRENDER LA CIENCIA, SE LA ENSEÑARE DESINTERESADAMENTE Y SIN NINGUN GENERO DE RECOMPENSA.

INSTRUIRE CON PRECEPTOS, LECCIONES ORALES Y DEMAS MODOS DE ENSEÑANZA A MIS HIJOS, A LOS DE MI MAESTRO Y A LOS DISCIPULOS QUE SE ME UNAN BAJO EL CONVENIO Y JURAMENTO QUE DETERMINA LA LEY MEDICA, Y A NADIE MAS.

ESTABLECERE EL REGIMEN DE LOS ENFERMOS DE LA MANERA QUE LES SEA MAS PROVECHOSO SEGÚN MIS FACULTADES Y ENTENDER, EVITANDO TODO MAL Y TODA INJUSTICIA, NO ACCEDERE A PRETENSIONES QUE SE DIRIJAN A LA ADMINISTRACION DE VENENOS; NI INDUCIR A NADIE SUGESTIONES DE TAL ESPECIE; ME ABSTENDRE IGUALMENTE DE APLICAR A LAS MUJERES PRESARIOS ABORTIVOS. PASARE MI VIDA Y EJERCERE MI PROFESION CON INOCENCIA Y PUREZA. NO EJECUTARE LA TALLA DEJANDO TAL OPERACION A LOS QUE SE DEDICAN A PRACTICARLA.

EN CUALQUIER CASA QUE ENTRE NO LLEVARE OTRO OBJETO QUE EL BIEN DE LOS ENFERMOS; LIBRANDOME DE COMETER VOLUNTARIAMENTE FALTAS INJURIOSAS O ACCIONES CORRUPTORAS Y EVITANDO SOBRE TODO LA SEDUCCION DE LAS MUJERES O DE LOS HOMBRES, LIBRES O ESCLAVOS.

GUARDARE SECRETO ACERCA DE LO QUE OIGA O VEA EN LA SOCIEDAD Y NO SEA PRECISO QUE SE DIVULGUE, SEA O NO DE DOMINIO DE MI PROFESION, CONSIDERANDO EL SER DISCRETO COMO UN DEBER EN SEMEJANTE CASO.

SI OBSERVO CON FIDELIDAD MI JURAMENTO, SEAME CONCEDIDO GOZAR FELIZMENTE DE MI VIDA Y MI PROFESION, HONRADO SIEMPRE ENTRE LOS HOMBRES; SI LO QUEBRANTO Y SOY PERJURO CAIGA SOBRE MI LA SUERTE CONTRARIA.

HIPOCRATES, AÑO 460 A.C.

Oración de Maimónides

Señor... Llena mi alma de amor por el Arte y tus criaturas.

No permitas que la sed de lucro y la ansiedad de gloria influyan en el ejercicio de mi profesión, pues como enemigos de la verdad y el amor al prójimo, fácilmente podrían alucinarme y apartarme del noble deber de hacer bien a tus hijos.

Sostén las fuerzas de mi corazón para que siempre se halle presto a servir a ricos y a pobres, a amigos y a enemigos, a buenos y a malvados

Haz que yo no vea en quien sufre sino el prójimo, que mi espíritu permanezca siempre claro junto al lecho del paciente, sin pensamiento alguno extraño capaz de distraerlo para que recuerde todo cuanto la ciencia y la experiencia le hayan enseñado, pues son grandes y sublimes las investigaciones científicas cuyo objeto es conservar la salud y la vida de tus criaturas.

Induce a mis enfermos a confiar en mi y en mi profesión, a obedecer mis prescripciones y consejos.

Aleja de ellos la turba de charlatanes, de parientes y de intrusos, cuyas miles de opiniones, inspiradas por la vanidad y por la presunción de saberlo todo, los hacen casta peligrosa que, frecuentemente frustra las mejores intenciones del Arte y, conduce hacia la muerte de tus criaturas.

Si los ignorantes me critican y se mofan hazme una coraza del amor del Arte que me conserve invulnerable para perseverar en la verdad a despecho del prestigio, de la edad y de la fama de mis enemigos.

¡Dios Mío! concédeme paciencia e indulgencia ante los enfermos tercos y malcriados.

Hazme siempre moderado, insaciable solamente en el amor a mi ciencia.

Aleja de mi la pretensión de saber y de poderlo todo.

Dame fuerza, voluntad y ocasión para acrecentar incesantemente mis conocimientos y descubrir en mi saber los errores ayer no sospechados, pues es grande el Arte y en él puede penetrar mas y mas el Espíritu del Hombre.

Moisés Ben Maimón(1135-1204 A.C.)

La Ley

La medicina es la más nobles de las artes, por consiguientes, debido a la ignorancia de algunos que la practican y de aquellas que, imprudentemente forman juicios desvirtuados sobre si mismo, está mucho mas atrás de todas las otras artes.

En mi opinión, esa situación, se debe lamentablemente y principalmente al hecho de no existir ninguna pena relacionada con la practica incorrecta de la medicina. El arma popular contra la ineficiencia y la desconsideración es el descrédito, pero esto no afecta a los profesionales con lo cual están acostumbrados.

Esas personas son como los figurines introducidos en la escena de una tragedia. Tienen el mismo modo de vestir, imagen y apariencia semejantes a los de un actor, pero nunca pasarán de figurines. De la misma forma muchos mantienen el título del médico, pero son pocos los que realmente lo son.

Aquél que desea adquirir un buen conocimiento de la medicina debe tener las siguientes características: aptitud natural, cultura, disposición para estudiar, instrucción temprana, perseverancia, amor al trabajo y tiempo disponible. Antes que nada, es preciso talento natural, pues cuando la naturaleza se opone, todo es en vano. Cuando por consiguiente ella indica el camino y la dirección de lo que es mejor, es aprendizaje del arte se hace de modo placentero.

El estudiante debe intentar de su parte, asimilar ese aprendizaje a través de la reflexión, tornándose luego del comienzo un alumno en un lugar conveniente a la instrucción de modo que los conocimientos que están enraizándose produzcan frutos adecuados y abundantes.

*La instrucción en la medicina es como el cultivo de los productos de la tierra. Nuestra disposición natural es el suelo donde se originan los dogmas transmitidos por nuestros profesores, o sea, la **semilla**; la instrucción en la juventud es la **siembra** de la semilla en la estación cierta; el lugar donde la instrucción es transmitida es como el aliento proporcionado por la naturaleza de las plantas, a través del aire; el estudio activo es el **cultivo** de los campos y el tiempo que da fuerza a todas las cosas, elevándolas a su madurez*

Después de reunir todos esos requisitos para el estudio y adquirir un conocimiento de la medicina, gozaremos de la consideración de todos “ cuando visitemos las ciudades”, no solamente debido al nombre de la profesión, sino principalmente porque sabemos ejercerla. La inexperiencia, no obstante es negativa y perjudicial. No inspira auto confianza, satisfacción y provoca tanta timidez como audacia.

La timidez esconde el deseo de poder y la audacia por su lado, el deseo de adquirir destreza.

Resumiendo, podemos afirmar que penetrando en las acciones humanas, existe el conocimiento y la opinión, donde el primero resulta el saber y la segunda de la ignorancia.

Las cosas sagradas deben ser delegadas a personas sagradas. Es un error regalarlas a personas profanas mientras estas no hubieran sido iniciadas en los misterios de la ciencia.

HIPÓCRATES

CAPÍTULO XXV

ESQUEMA DE LA RELACIÓN CONFLICTO-ÓRGANO

Aquí mostramos una síntesis de lo expresado por el Dr. Hamer en cuanto al contenido del conflicto biológico y la forma de reaccionar de los órganos en la fase de conflicto activo (CA) y en la fase de conflicto en solución o conflictolisis (CL). Queremos dejar en claro que los estudios del Dr. Hamer abarcan a todos los órganos y tejidos del cuerpo y para su conocimiento, deben consultarse los escritos originales de Hamer (ver bibliografía)

Endodermo: la formación histológica es un adenocarcinoma. El FH está en el tronco cerebral. El tracto gastrointestinal corresponde a un semicírculo abierto hacia atrás, que empieza en la zona dorsal derecha (boca) y termina en la zona dorsal izquierda(sigma).

Órgano	Contenido del CB	Fase CA	Fase CL
Faringe fétida	no poder atrapar la presa	pólipos nasofaríngeos	caseificación
Tiroides	no conseguir la presa por no ser rápido	bocio hipertiroideo	encapsulación
Estómago (no curvatura menor) encapsulación	contrariedad familiar	tumor compacto	caseificación
Hígado encapsulación Caseificación	“morirse de hambre”	nódulos solitarios	
Páncreas encapsulación caseificación	contrariedad familiar herencias	tumor compacto	
Colon (salvo caseificación Sigmoide) hemorragias	acusación injusta “guarrada”	tumor en coliflor	
Recto (parte rectal Superior)	“marranada”	tumor submucoso	abceso
Próstata necrosis encapsulación	pérdida de territorio en hombre de edad	tumor compacto	

Mesodermo cerebeloso: la formación histológica es un tumor adenoide compacto. El FH se encuentra en cerebelo.

Órgano	Contenido del CB	Fase CA	Fase CL
Dermis	sentirse manchado, desfigurado Mancillamiento	melanoma léntigo	necrosis caseificante
Glándula Mamaria	a) pelea o preocupación con la pareja	nódulo compacto en mama derecha	encapsulamiento
	b) preocupación por el nido o el hijo	nódulo compacto en mama izquierda	caseificación

Mesodermo cerebral: la formación histológica es la necrosis carcinomatosa. El FH se encuentra en la sustancia blanca cerebral.

Órgano	Contenido del CB	Fase CA	Fase CL
Huesos	desvalorización de sí mismo	Osteolisis. Osteoporosis. de calota y cervicales: (injusticia, falta de paz); cab. de húmero derecho (desv. con la pareja) columna dorsal (en toda la personalidad) cuello de fémur (no poder resistir algo) pelvis (sexual)	recalcificación edema óseo reumatismo anemia relativa Leucemia
Ganglios linfáticos	desvalorización	necrosis	adenomegalia Hodking

Hemisferio cerebral izquierdo (femenino)

Órgano	Contenido CB	Fase CA	Fase CL
Tiroides	impotencia	úlceras en c. tirogloso	bocio eutiroideo
Laringe	pánico femenino	úlceras en c. vocales	disfonía. Pólipos
Cuello de útero	frustración sexual	amenorrea	metrorragias
Recto	identidad, dudas	úlcera dolorosa	hemorragia indolora
Conductos galactóferos dchos.	separación de pareja	úlcera intraductal	edema con obstrucción y nódulos

Hemisferio cerebral derecho (masculino)

Órgano	Contenido del CB	Fase CA	Fase CL
Arcos branquiales	miedo frontal	úlceras	Linfoma no Hodkin
Bronquios	amenaza en el territorio	úlceras	tumefacción-atelectasia
Arterias coronarias	pérdida de territorio	úlceras con angina	estenosis. IAM
Estómago y bulbo duodenal	contrariedad; lucha con los jefes de territ. vecino	úlcera dolorosa (corteza sensitiva)	hemorragia
Vejiga (1/2 izq.)	demarcación territorial	úlceras dolorosas	hemorragia, cicatriz

Enfermedades análogas al cáncer: sin reducción ni proliferación celular. Con pérdida o disminución funcional. El sentido biológico se da en CA.

Órgano	Contenido CB	Fase CA	Fase CL
Tálamo	resignación extrema	transtornos del SNV	edema del acueducto
Parálisis facial recuperación	quedar en ridículo; ser Objeto de burla	parálisis	
Audición	no querer oír. “no puedo creer lo que oí”	zumbidos, hipoacusia	hipoacusia

CAPITULO XXVI

GLOSARIO

Abandono: la hembra vive el alejamiento de su macho como frustración sexual, produciendo úlceras en el cuello de útero. Si tiene bloqueado su hemisferio izquierdo (o es zurda) percibirá el conflicto como pérdida de su territorio y podrá hacer lesiones de coronarias. Si está en *patt* hormonal, hará depresión.-

Anormalidad: lo que hace de un varón un hombre es la responsabilidad sobre su territorio. El hombre actual ya no sabe ni lo que debe comer. Si soltamos diez lobos en la pradera, enseguida se organizan en jerarquías y funciones. El varón humano ha perdido el impulso de construir su territorio.

En este estado, es inaceptable considerar a los homosexuales como anormales, ya que las mujeres que bloquean sus ovarios con hormonas, también serían anormales.-

Asma: hay tres tipos: 1) dos CB en actividad, 2) un CB en actividad + un CB en CE, 3) dos CB en CE. Los corticoides solo serán efectivos en los CB en CE.-

Ataque: cuando a un paciente se le comunica que tiene un cáncer de intestino y que le deben resear gran parte de éste, puede sufrir dos nuevos conflictos: 1) ataque frontal contra el abdomen, con la aparición de un mesotelioma peritoneal y 2) un cáncer de hígado como expresión del miedo biológico a morirse de hambre por la obstrucción del alimento si le sacan el intestino.-

Atlético: hábito físico caracterizado por valores altos de testosterona. Caen pocas veces en *patt* (igualamiento) hormonal. Cuando hacen *patt* (constelación) hemisférico caen en esquizofrenia.-

Cansancio: es evidente que alguien que ha luchado para superar un conflicto tenga que descansar al solucionarlo. El reposo del guerrero que vuelve de la batalla.-

Capacidad: los terapeutas de la NM tendrán que tener la suficiente capacidad como para entender en qué planos se mueve lo biológico en el ser humano. Un animal hará un cáncer de paladar si se le queda atragantada una presa real. El ser humano lo hará por presas simbólicas: la traición de un amigo, la infidelidad, etc.-

Carácter bifásico: pone de cabeza todos nuestros supuestos conocimientos actuales. En la mitad de las enfermedades que conocíamos el paciente presentaba manos frías y en la otra mitad, manos calientes. Así se describen aproximadamente mil enfermedades. En realidad existen sólo quinientos “tandens” (bicicletas dobles) compuestas por una fase fría y otra caliente si se supera el conflicto.-

Cataratas: es la única lesión del ojo que no se produce por “miedo en la nuca”, sino por separación. “Se fue muy lejos y ya no lo veré más”. La úlcera se produce en el cristalino para dar mayor capacidad a la visión.-

Chiste: se encuentran un físico, un biólogo y un médico. A los tres les dan la tarea de aprender de memoria la guía de teléfonos. El físico pregunta cuál es el desarrollo de esa tarea. El biólogo pregunta cuál es la lógica. El médico sólo pregunta cuánto tiempo tiene para aprenderla de memoria. (contado por Hamer en Málaga en 1995)-

Círculos: las moléculas que se encuentran en las paredes de las neuronas, emiten vibraciones electromagnéticas (dipolos cargados eléctricamente). Frolich demostró que una energía adicional que actúe sobre ese sistema puede producir una homogeneidad de sus vibraciones que las hace colocar en una fase más condensada.

Los campos magnéticos (en el cerebro se han encontrado cristales de magnetita) que rodean una corriente eléctrica producen círculos. Esto no se ve en las resonancias magnéticas porque la

homogeneidad producida en el momento del DHS instala un número de protones y electrones que determina la ausencia de “momento magnético”. Al no haber vector magnético del núcleo, no puede captarse la imagen. En la TAC sí puede observarse esta condensación circular llamada FH.-

Clínicamente muerto: paciente con parálisis y diagnóstico de esclerosis múltiple. En coma y con respirador artificial. Los comentarios de los médicos y de los familiares son: “es un vegetal”, “habría que desconectarlo”. El paciente ve y oye, pero está absolutamente paralizado de pánico. En la TAC se observa la zona que Hamer llama de “esperanza arcaica”. Si ésta se encuentra edematizada, el paciente aún no ha “tirado la toalla”. Se encuentra en el mesencéfalo, en el límite con el diencefalo, debajo de la zona de regulación simpaticotonía/ vagotonía.-

Conflicto activo (CA): simpaticotonía continua. El pensamiento se mantiene en torno al contenido del conflicto. FH en el cerebro en forma de diana. A nivel orgánico, crecimiento tumoral (en los controlados por el paleoencéfalo) y necrosis o úlcera (en los ordenados por el neoencéfalo).-

Conflicto de herida: en el animal se observa, ante una herida sangrante, un FH en subcórtex temporal derecho y a nivel orgánico aparece una necrosis de bazo. Esto genera trombocitopenia. Luego de la solución se edematiza y aparece esplenomegalia (si la necrosis afectó el interior del bazo) o quiste esplénico (si afectó la periferia) con aumento de plaquetas. El sentido biológico de la trombocitopenia es disminuir la posibilidad de trombosis masiva, concentrando las plaquetas exclusivamente en la zona herida. El cerebro no distingue entre herida sangrante, transfusión de sangre, cateterización de vasos sanguíneos o miedo a la sangre contaminada.-

Conflicto monocíclico: cuando el o los conflictos están en la misma fase (CA o CL). Puede tener varios CB y éstos desarrollarse en forma monocíclica. Si están interpuestos en fases distintas se habla de “inervación mixta”.-

Conflicto policíclico: se desarrollan interrumpidos por la aparición de fases de recidiva y de curación de mayor o menor duración.-

Conflictolisis (CL): fase de vagotonía continua que termina en CE. A nivel cerebral, FH con edemas intra y perifocal. A nivel psíquico ya no hay rumiación constante. A nivel orgánico, reducción por microbios (en los controlados por paleoencéfalo) y cicatrización y edema (en los controlados por neoencéfalo).-

Conflictos centrales y paracentrales: son conflictos dramáticos de miedo, separación y motricidad que penetran en el mesencéfalo. Se observan dianas en todo el cerebro como ondas congeladas.-

Constelación depresiva: *patt* hormonal + conflicto territorial.-

Constelación maníaca: *patt* hormonal + conflicto de identidad o de frustración sexual

Crisis epileptoide: cada conflicto tiene un CE específica. En el conflicto sensitivo de separación, será la ausencia típica del petit mal.-

Deformaciones óseas: son curaciones recidivantes de conflictos de desvalorización. Las cirugías sin tratamiento de los conflictos son transitorias.-

Degradación: en los órganos regidos por el paleoencéfalo se degradan las células tumorales luego de la CL, mediante las micobacterias (TBC). Si faltan microbios (por vacunaciones), el tumor se mantiene pero deja de hacer mitosis.-

Depresión: *patt* hormonal + conflicto territorial activo.-

Desconocimiento: al desconocer las leyes de la NM, se toma a la segunda fase de la enfermedad como una patología individual y se cometen errores, tales como desconocer la CE (principal causa de muerte) o el edema cerebral. Es un error biológico limitarse a eliminar los síntomas orgánicos.-

DHS: suceso imprevisto, subjetivamente dramático y vivido en soledad. No es algo negativo, sino la oportunidad para que el organismo pueda activar los programas especiales y de urgencia previstos para estos casos. Con el DHS el organismo obtiene la revalidación de la prueba cualitativa que hasta entonces no había superado.-

Dirección equivocada: ante la percepción de haber tomado la dirección equivocada, se produce una necrosis de la corteza suprarrenal que en la fase CA disminuye la producción de cortisona (a pesar de la simpaticotonía) que hace que el individuo se vea impedido de seguir avanzando en la dirección equivocada. En la CL aumenta el volumen de la glándula y la liberación de cortisona, lo que posibilita una marcha mas rápida. En los animales se observa en aquellos que se alejan de la manada. El sentido biológico es protegerlo para que no se siga alejando.-

Distonía neurovegetativa: desplazamiento del equilibrio vegetativo hacia el predominio simpático o vagal por conflictos en balance, recidivas o conflictos policíclicos.-

Distrofia: suceso de utilidad general. Prácticamente es un programa de suicidio para la persistencia de la especie (presa para el león).-

Ectodermo: la curvatura menor de estómago, el píloro, el bulbo duodenal, la papila de Vater, el conducto pancreático y los conductos colédoco, cístico y hepático, tienen todos sus relés cerebrales en la circunvolución post central derecha, porque es ectodermo que migra hacia el endodermo.

El intestino delgado no tiene representación cortical porque fue introducido desde el tronco y por eso produce carcinoides.-

Edema: acumulación anormal de líquido en las células, los espacios tisulares o las cavidades corporales.-

Efectos hormonales: una mujer post menopáusica ya no vive el abandono de su marido como “conflicto sexual” (cuello de útero), sino como “pérdida del contenido de su territorio” (bronquios). Durante años, tanto hombre como mujer pueden moverse de un hemisferio a otro, según la intensidad del conflicto y el nivel hormonal en que se encuentren. Así vemos, que lo biológico tiene gran importancia en el origen de la enfermedad, no logrando sólo lo psicológico explicar el origen de la enfermedad. El niño marca con la enuresis su territorio. De día está en conflicto. De noche se relaja y se moja.-

Epilepsias: soluciones pasajeras de conflictos crónicos y recidivantes de miedo con un FH en tronco y otro en cortex.

Es fundamental saber qué escuchó el paciente de boca del médico cuando se le hizo el diagnóstico; cómo fueron los días previos y posteriores a ello.

Esclerosis múltiple (EM): es un conflicto motor múltiple. Hamer se refiere a la EM como un texto neurológico escrito en trozos. Son personas con tendencia a hacer de todo un conflicto.

Esclerosis múltiple: conflicto en balance que afecta la corteza motora y en especial la circunvolución prefrontal.-

Una mujer de 25 años comienza con zumbidos en los oídos y a las pocas semanas de desaparecer éstos comienzan los síntomas de la EM. Dos días antes de que aparezcan los zumbidos, escucha que a su hermana le diagnostican esclerosis múltiple. Al poco tiempo, la hermana mejoró y los zumbidos desaparecieron (la información es una presa aérea). Ella entra nuevamente en conflicto al acompañar a su hermana al médico y escuchar que éste (un

prestigioso catedrático español) le dice que se cuida, que en cualquier momento “ella se puede pescar la enfermedad”. Al comenzar la paresia en las piernas (a las dos semanas de este hecho), se le diagnostica EM.

Este caso nos hace recordar una frase de R. Rolland. “Lo terrible de este mundo, no es la maldad de los malos, sino la debilidad de los buenos”.

Esquizofrenia: *patt* hemisférico (actividad simultánea de dos conflictos).-

Filogenia: historia de los organismos vivientes.-

Foco de Hamer (FH): imagen (relé) cerebral específica correspondiente a un CB y a un órgano, a partir de un DHS. En la fase CA se configuran círculos concéntricos; en la fase CL se edematiza y se acumula glía. Las mismas imágenes pueden observarse en los órganos compactos mediante TAC del mismo. Aquí la imagen se difumina a medida que crece el tumor, hasta desaparecer. En las necrosis desaparecen rápidamente. En la fase CL pueden observarse dianas congeladas en el callo óseo. En la TAC cerebral en la CL se almacenan células gliales y pueden reconocerse como un halo blanquecino alrededor de los anillos mediante TAC con contraste.-

Futuro: en los libros de medicina del futuro ya no se estudiarán las enfermedades según las especialidades, sino según su respectiva hoja embrionaria. Así, los programas especiales que dependen de una misma hoja embrionaria se clasificarán por su similitud histológica, su localización cerebral contigua y el contenido del conflicto.-

Glaucoma: la presa, al huir del predador, reduce su campo visual para sólo ver la meta (el monte) y así no ver ni hacia los costados ni hacia atrás. El humor vítreo del ojo se enturbia. En la CL, aparece edema con hipertensión ocular.-

Gripe: solución de un conflicto de separación. El órgano diana ya no existe. Es la piel que recubría los huesos. Tiene la misma génesis que el reumatismo.-

Hallazgo: una mujer tiene un accidente de auto y sufre un trauma en el cráneo. Es estudiada con una TAC cerebral y se le descubre un tumor en el cerebro en la zona de la corteza sensitiva izquierda. Se le propone un tratamiento convencional. Como el relé cerebral está en la zona de conductos galactóferos, se le pregunta si ella ha sufrido un carcinoma de mama. Sorprendida, lo confirma. Se le dice que la mama afectada es la izquierda y se le pregunta si ha tenido un problema con alguno de sus hijos. Confirma que hace diez años, su hija mayor había desaparecido de su hogar por varios días. Ella solucionó el conflicto de separación y el FH se llenó de glía y formó este inofensivo “tumor cerebral”. Si se la operaba, le bloqueaban ese hemisferio para siempre. Era solo una cicatriz.-

Hipoglucemia: es una reacción femenina de miedo/ asco. Una monja comienza a tener severas crisis de hipoglucemia. Desde hacía un año venía sufriendo insinuaciones sexuales de otra de las monjas pero no se animaba a hablarlo con nadie.-

Historia: un hombre consulta por un ganglio aumentado de volumen en la axila. Hace seis años fue diagnosticado de un melanoma en la espalda. Al ver la historia, el patólogo escribe: “Metástasis de melanoma”. A los seis meses sufre de síntomas cardíacos y cerebrales. Es diagnosticado “infarto de miocardio” y “metástasis cerebrales”.

Veamos la historia. Su hijo era adicto a las drogas y él lo desconocía. Trabajando, escuchó “este es el padre del drogadicto”. Sintió que le clavaban un cuchillo en la espalda. El hijo se rehabilitó y el melanoma se curó. Superó el conflicto. ¿Qué pasó con el ganglio?. Sabemos que en CA hace necrosis y en CL cicatrización con aumento de volumen de acuerdo a la masa del conflicto. La axila tiene que ver con el trabajo y el movimiento. Él era mozo de un bar de hotel. El director del hotel comenzó a decirle que él ya no era tan ágil y se sintió desvalorizado. Al finalizar la temporada, e irse del hotel, solucionó el conflicto y el ganglio aumentó de volumen. A los seis meses, le ponen un jefe que lo trata mal. Sintió una invasión en su territorio. A los pocos días de

terminada la temporada, hizo el infarto. En la TAC cerebral aparecen los FH en solución en cerebelo (melanoma) con intenso edema en la zona temporal izquierda (infarto de miocardio).-

Homosexualidad: 1) con andrógenos normales y disminución de estrógenos. Son hombres rígidos, toscos, fríos. No considera a la mujer; 2) con andrógenos disminuidos y estrógenos normales. Son hombres afeminados, muy sensibles.-

Identidad: se expresa en recto, vejiga y uréteres.-

Imágenes residuales: acumulación de glías donde antes se ubicaban dianas. Dan la impresión de un campo minado. Es tejido cicatricial que actúa como un andamio que estabiliza la zona afectada.-

Infarto: zona de necrosis producida por obstrucción al paso de sangre. Su evolución depende de la circulación colateral.-

Intestino delgado: aquí se desarrollan los conflictos que se estancan, “que no van ni para atrás ni para adelante”.-

Lateralidad. el cerebro tiene dos hemisferios. En la mujer diestra, tiene dominancia el izquierdo. En el hombre diestro, tiene dominancia el hemisferio derecho. Los conflictos crónicos son capaces de bloquear el hemisferio dominante y se invierte la lateralidad.-

Lo no biológico: una mujer de 80 años hace un cáncer de mama izquierda. Un hombre que tiene para comer hace un cáncer de hígado. Esto no tiene sentido biológico. En ambos debe buscarse un sentido psicobiológico que tiene que ver con actitudes equivocadas ante sí mismo y ante los demás.-

Malignidad: es un término que no debe ser usado. Depende de la cantidad de mitosis y por lo tanto de su capacidad de crecimiento. Ello depende de que el conflicto esté activo y de la masa conflictiva.-

Masa del conflicto: es el producto de la intensidad del conflicto por la duración del mismo. De ella dependerá si el individuo puede superar o no la fase de curación. Si un conflicto de intensidad media ha durado más de un año, o uno de intensidad elevada ha durado más de seis meses, el desarrollo suele ser mortal. En esto hay que considerar que los conflictos de larga duración suelen convertirse en conflictos en balance o hacer constelaciones protectoras. La masa del tumor se corresponde con la masa del conflicto. A partir del tamaño del tumor podemos deducir la masa del conflicto. Es sumamente improbable que un cáncer aparezca si la duración del conflicto es menor de ocho semanas.-

Miedo frontal: el hombre lo enfrenta. La mujer espera que alguien la defienda. En CL, el hombre puede enfermar de linfoma no Hodgkin y la mujer de bocio eutiroideo.-

Migración: Hamer contó en un seminario el siguiente chiste: “Un canadiense rubio, alto y de ojos azules se zambulle en el océano Atlántico. Las tropas de seguridad que lo persiguen le tiran todo tipo de armas químicas, luego bombas atómicas y clausuran esa zona en un radio de varios kilómetros. Luego de varios años, aparece en una laguna de Asia un chino bajo, amarillos y de pequeños ojos. Hasta ahí yo lo puedo aceptar. Lo que definitivamente no puedo aceptar es que venga un anatomopatólogo y que diga que ese chino entre millones de chinos es el rubio canadiense”.-

Motricidad: acción del SNC que determina la contracción muscular.-

Muerte súbita: la solución de un conflicto de pérdida de territorio provoca en un hombre diestro un infarto por proliferación celular en los sitios anteriormente ulcerados de las arterias coronarias. Pero si la solución no ocurre, la úlcera sigue avanzando y perfora la arteria.

El padre de una chica de 17 años se entera que su hija se va a vivir con un hombre de 40. Muere súbitamente a los dos meses.-

Naturaleza: en ella no existe nada bueno o malo por sí mismo. Por mas desagradables que sean los hechos, no se trata de olvidos, errores, descontroles o pérdidas de sentido. Es la ignorancia del hombre la que atribuye estas causas.-

Neurinoma: ante el conflicto de no poder captar una información importante, el organismo no produce un tumor compacto tras el DHS, sino una proliferación plana de células cilíndricas para que, ante una nueva situación, sea capaz de captar tal información. En la TAC de cerebro, el FH se interpreta como Neurinoma del acústico.-

Nunca: jamás se debe hacer la punción de un periostio en fase de solución. Pequeñas lesiones que curarían con el tiempo se transforman en inmensos osteosarcomas.-

Obesidad: está en CA. Intenta protegerse de su desvalorización con una capa de tejido.-

Ojo: el ojo derecho tiene que ver con el recuerdo de las imágenes. El ojo izquierdo es el que se encarga de la orientación topográfica. El hombre diestro controla sus movimientos con el ojo izquierdo y tiene la memoria visual con el ojo derecho. Mira a su territorio (y a su enemigo) con el ojo izquierdo (que mira a la derecha). Su lado vulnerable es el lado izquierdo y es por eso que mira a su mujer con el ojo derecho (la usa como escudo). La mujer diestra mira a su hijo con el ojo derecho (que ve la izquierda). El ojo que lleva la dominancia es el primero en afectarse en los conflictos.-

Orina: el animal orina para marcar su territorio. Todos los problemas urinarios tienen que ver con los límites territoriales. En la mujer se vive como un conflicto de identidad. (¿Cuál es mi lugar?).

Una mujer vivía con su marido y sufría porque su madre tenía Alzheimer. Vivía en la lucha de a quien de los dos dedicarle su tiempo. Cuando se enteró de que a su madre la habían robado y golpeado, ya no puede controlarlo (DHS). Luego de un tiempo comienza con hematuria (la vejiga es ectodérmica). Le diagnostican carcinoma de vejiga. La hematuria inició el proceso de curación. Dos semanas antes había llevado a su madre a vivir en su casa. Estaba ya en fase de solución.

Otra represión: “A nuestros pacientes les viene sucediendo algo demasiado grave. Vienen muriendo por millones innecesariamente, torturados a muerte por increíbles pseudo-terapias. Y todos se limitan a mirar cómo este nuevo descubrimiento (la NM) es suprimido brutalmente desde hace 13 años”. Carta del Dr. Hamer del 14 de mayo de 1994.-

Pánico: “Desgraciadamente ya no podemos hacer nada”. Cuando una persona que sufre escucha estas palabras (y alguno de los conflictos podría estar en fase de solución) su pánico lo lleva indefectiblemente a la muerte.-

Patt hormonal: es la igualación de las hormonas masculinas y femeninas. Se modifica la percepción del conflicto y la zona cerebral que lo trabaja. La señal es leve y la repercusión orgánica también. Los dos hemisferios quedan afectados, generando una hibernación llamada depresión.-

Pícnico: habito físico caracterizado por tener valores bajos de testosterona. Cae fácilmente en depresión ante un conflicto territorial.-

Presa: puede ser alimenticia, líquida, aérea, etc. Este concepto fue programado en el tronco cerebral cuando nuestros antepasados evolutivos tenían la forma de un cilindro cerrado en círculo y con un solo orificio que servía a la vez de boca y de ano.-

Primera fase: muchas enfermedades en la fase de CA (fase fría) pasan desapercibidas. Las úlceras de bronquios, vías biliares y conductos galactóferos producen escasas manifestaciones locales (pueden sentirse dolores punzantes transitorios). En esta fase, lo más importante es la sintomatología general: pérdida de peso, manos frías, rumiación de pensamiento, etc.-

Pronóstico: anunciado de determinada manera, puede generar varios choques conflictivos con nuevos DHS, logrando que el fatídico pronóstico llegue a cumplirse. Conociendo las leyes de la NM, el paciente evitará nuevos conflictos y las posibilidades de curación serán mayores.-

Pronóstico: según la NM, la solución de la enfermedad dependerá de 1) el número y la situación de los FH en el cerebro, siendo los mas peligrosos, los situados en el tronco cerebral, el acueducto de Silvio y el área de las arterias y venas coronarias; 2) la posibilidad o no de solucionar los CB; 3) la posibilidad de superar las CE; 4) la ausencia de recidivas y nuevos conflictos; 5) la nueva visión de por qué nos enfermamos.-

Psicosis. las más dramáticas se deben a dos conflictos contralaterales más un conflicto central.-

Riel: cuando un sujeto sufre un DHS, no solo se fija a nivel cerebral el engrama del conflicto, sino también el de ciertas circunstancias acompañantes. Si luego reaparece una de estas principal.-

Riel alérgico: el individuo ha hecho anteriormente un DHS en el mismo campo. Así, el organismo está prevenido ante este tipo de conflicto biológico. Negativamente podemos decir el paciente cae siempre en la misma trampa. Positivamente decimos el paciente se cuida y reacciona siempre con el mismo programa.-

Secundarios: no se niega el hecho de la existencia de carcinomas secundarios. Lo que si se cuestiona es la valoración metastásica de este hecho indiscutible.-

Segunda fase: hay síntomas que son considerados alarmantes y en cambio anuncian la fase de curación. Los más comunes, son la fiebre, la sudoración nocturna, la hemoptisis, la hematuria, las cefaleas. Todo lo que cursa con dolor, calor, rubor, pertenecen a esta fase.-

Sensibilidad epicrítica: la produce la piel ectodérmica y se visualiza en el córtex, a partir de la circunvolución post central o retrorrolándica.-

Sentido biológico: el conocimiento de los contenidos del conflicto abre una nueva perspectiva de las relaciones del ser humano con los animales. Nos aleja de considerar al animal como un objeto, al entender que hacemos los mismos conflictos (aunque por causas distintas). Este desconocimiento nos llevó a extinguir muchas especies y a realizar una experimentación supuestamente científica, cruel e innecesaria que pesa como una deshonra para toda la humanidad.-

Sincronicidad: es una cualidad muy importante de la ley férrea. Todos los procesos, tanto el inicio como la solución del CB y la crisis epiletoidea, se llevan a cabo simultáneamente en psique, cerebro y órgano. En la NM es absurdo preguntar si los procesos psíquicos pueden desencadenar procesos orgánicos.-

Solución del conflicto: es el punto de cambio de simpaticotonía continua a vagotonía continua para dar paso luego a la normotonía. Puede ser provocado por distintas situaciones: distancia del hecho conflictivo, obtener un nuevo trabajo, recuperar una relación afectiva, cambio en las actitudes, psicoterapias, etc. Se lo debe definir en términos biológico ya que, de lo contrario, todo sería muy subjetivo.-

Test: es fundamental hacer aplaudir al paciente y observar qué mano levanta para aplaudir. No existen los ambidiestros cerebrales. Determinar si es diestro o zurdo es fundamental.-

Tétrada: la mayor parte de los pacientes de cáncer mueren por cuatro causas: dolor, desnutrición, infección y desesperanza. Esta última causa suele ser provocada por los mismos diagnósticos y pronósticos y también por los juicios familiares y sociales que existen sobre “el candidato a la muerte”.-

Típicos: la NM describe los síntomas típicos del CA a nivel cerebral, psíquico y orgánico y los síntomas típicos de la CL en los tres niveles, a los que se suman los síntomas de la CE en los tres niveles. Con estas herramientas se puede trabajar en forma coherente .-

Tumor cerebral: FH en fase CL o posterior a ella.-

Utilidad del CB: con él, la madre naturaleza introduce orden en la convivencia social de familias, rebaños, etc. Esto ocurre sobre todo en los conflictos dependientes del cortex, en los cuales, cuando es imposible solucionar el conflicto biológico, o cuando el balance no es suficiente, se congela la evolución del individuo en el actual nivel evolutivo mediante la constelación esquizofrénica.-

Valorización: “estar bien parado”.-

Veterinaria: si queremos tratar humanos, primero debemos ser humanos. No basta con entrar en la historia del conflicto. Hay quienes también hacen psicología veterinaria. Es fundamental trabajar con la espiritualidad de la persona. Promover un cambio cualitativo en su vida.-

CAPITULO XXVII

BIBLIOGRAFIA

- Brunini C., (1988) Aforismos de Hipócrates, Brasil, Typus Ibehe.
- Capizzi, (1978) Quimioterapia del cáncer, Argentina, Panamericana.
- Casale J., (1995) Los miasmas crónicos, Argentina, Club del estudio
- Chopra D., (1991) La curación cuántica, Argentina, Grijalbo
- Clavreul J., (1984) El orden médico, Argentina, Sudamericana.
- Damasio A., (1999) El error de Descartes, Chile, Andrés Bello
- Darwin C., (1999) El origen del hombre, España, Edaf
- De la Torre, A., (1983) Radioterapia del cáncer, Argentina, Edimet.
- Delmas, A., (1985) Vías y centros nerviosos, Argentina, Masson
- Donengan, S., (1988) Cáncer de mama, Argentina, Panamericana.
- Dossey Harry. (1994) Oraciones que curan. Ed. Planeta.. Bs. As. Argentina
- Draiman M. (1991) Las personalidades homeopáticas. Ed.argentina. Bs. As.Argentina
- Droscher Vitus. (1987) Sobrevivir. Sudamericana Planeta. Barcelona. España
- Edelman G. (1989) The remembered Present. NY Basic Books. Nueva York.
- Foucault M. (1985) El nacimiento de la clínica. Siglo XXI . México.
- Freud Sigmund. (1987) Obras completas. Ed. Amorrortu. Bs. As. Argentina.
- Fuad L, Van der Dijs B., (edit), (1989) Neurochemistry and Clinical disorders, CRC press, INC.
- Geer Hamer R. (1993) Fondement d' une Médecine Nouvelle. ASAC. París. Francia.
- Gercovich, F.; Negro, A., (1992) Manual de quimio, hormono e inmunoterapia, Vademecum de bolsillo.
- Goepp y Hammond, (1977) Terapia del paciente canceroso, Panamericana.
- Guir J. (1984) Psicosomática y cáncer. Paracelso. Bs.As.Argentina
- Hahnemann S. (1989) Organon de la medicina. Albatros. Bs. As.Argentina
- Haley J. (1966) Estrategias en psicoterapia. Toray. Barcelona. España.
- Harrison, (1991) Medicina Interna, Edición.
- Hayford Jack. (1995) La salud que Dios nos da. Ed. Caribe. Miami. Estados Unidos.

- Herrera V. (1999) De la enfermedad a la vida. Club de autores. Barcelona. España.
- Herrera V. (1997) La enfermedad como evolución. Ed. Del autor. Barcelona. España.
- Herrera V. (2001) Si una hormiga fuera.. Ed V. Herrera. Barcelona. España.
- Herrera Vicente. (1998) Entender la vida, comprender la enfermedad. Mundina. Barcelona. España.
- Huseman F- Wolf O. (1974) La imagen del hombre como base del arte de curar. Epidauro. Bs. AS. Argentina
- Jung C. (1974) Recuerdos, sueños, pensamientos. Seix Barral. . Barcelona. España.
- Krajzman M. (1988) El lugar del amor en el psicoanálisis. Nueva visión. Bs. Argentina.
- Lacan J. Seminarios. Ed. Paidos. Bs. As. Argentina
- Langman, (1987) Embriología Médica, Argentina, Panamericana.
- Le Doux J. (1999) El cerebro emocional. Planeta. Bs. Argentina
- Leshan L. (1977) Emotional Factors in the treatment of cancer. M. Evans. NY. N.Y. Estados Unidos.
- Mac Lean P. The triune brain in evolution. NY. Plenum. N.Y: Estados Unidos.
- Mardones, J., (1979) Farmacología, Argentina, Intermédica.
- Margni, (1990) Inmunología e Inmunohistoquímica, Argentina, Panamericana.
- Margullis L. (1996) ¿Qué es la vida?. Tusquets. España.
- Matthew-Simonton. (1993) Familia contra enfermedad. Los libros del comienzo. España.
- Maturana H- Varela F. (1999) . El árbol del conocimiento. Fondo de cultura económica. México
- Mc Dougall J. (1982) Alegato por una cierta anormalidad. Petrel. Barcelona. España.
- Melman C. (1988) Nuevos estudios sobre la histeria. Nueva visión. Bs. As. Argentina
- Meyers, (1978) Farmacología clínica, México, El manual médico.
- Moss R. (1992) La mariposa negra. Mutar. Bs. As. Argentina.
- Narbaitz, R., (1973) Embriología. Argentina, Panamericana.
- Parker W. (1998) La oración en la psicoterapia. Lumen. Bs. As. Argentina
- Paulin L- Cameron E.(1977) Vit. C and cancer. Internacional journal. N.Y. Estados Unidos
- Pelton y otros. (1995) Las alternativas en la terapia del cáncer. Edaf. Madrid. España.
- Piop Font Quer, (1995) Plantas medicinales, El Dioscórides Renovado, Labor, España.

- Purves y otros.(2001) Invitación a las neurociencia. Panamericana. Bs. As. Argentina.
- Rojas, N., (1979) Medicina legal, El Ateneo, Argentina.
- Sagan C.(1993) Sombras de antepasados olvidados Planeta. Bs. As. Argentina
- Scott Peck. (1995) El crecimiento espiritual. Emecé. Bs. As. Argentina.
- Shein y Wooley, (1978) Carcinoma de colon, Panamericana, Argentina.
- Simonton C. (1995) Sanar es un viaje. Urano. España.
- Sussmann David. (1991) Acupuntura. Teoría y práctica. Ed. Kier. Bs. As. Argentina.
- Torsten, B. Y Moeller, E., (2002) Atlas de bolsillo de cortes anatómicos, Panamericana.
- Tu, A., (1977) Venoms, chemistry and molecular biology, John Wike, Estados Unidos.
- Vallejo A. (1979) Topología de Lacan. Helguero. Bs. As. Argentina.
- Vijosky, B., (1983) Traducción y comentarios del Organon de Hahnemann, Argentina.
- De Vitta Jr., Helmlman S., Rosemberg, s., (1986) Cáncer, principios y práctica de oncología, Salvat, España.
- Watts A. (1994) Salir de la trampa. Kayrós. 1994. Barcelona. España.
- Zeiber, L. Y Tojtemberg, S. (1991) Depresión y Antidepresivos, Argentina. CIM.

Epílogo.

Al escribir este libro, hemos pretendido acercar algo que no es producto de simples cuestionamientos teóricos, sino de muchos años de trabajo con nuestros semejantes enfermos, a los que nunca hemos podido ver como objetos.

Seguramente se podrá o no estar de acuerdo con muchos de los temas expuestos. No buscamos apoyos incondicionales ni mucho menos oposiciones fundamentalistas.

Lo que buscamos, es dejar en claro que se debe comenzar a asumir que la enfermedad está indisolublemente ligada a la vida en su totalidad. Una vida a la que no podemos dejar afuera en ninguna propuesta terapéutica seria de la enfermedad. Una vida que excede la individualidad del ser humano y que comprende la totalidad de las manifestaciones que se han producido en su protohistoria.

Creemos que desde el nacimiento de la medicina como ciencia, se ha considerado a la enfermedad como una entidad autónoma que tiene existencia independiente de la persona. Esta concepción ha creado una creencia colectiva que puede resumirse así: la enfermedad es inútil, no cumple ningún sentido y hay que exterminarla.

Las intenciones de la ciencia medica han apuntado a sacar la enfermedad fuera de nosotros. A combatirla como fuere. Sin comprenderla. Sin relacionarla con los hechos de la vida. Sin promover los cambios necesarios que la vida necesita para seguir existiendo. Y eso es lo que proponemos cambiar. No es posible curarse sin aprender a vivir.

La medicina psicobiológica o la “nueva medicina”, no es un nuevo tratamiento alternativo ni una cura mágica. Es una seria propuesta de abandonar un “estado de enfermedad” para lograr un nuevo equilibrio que permita la supervivencia.

Desde estas propuestas, hay mucho camino por recorrer. Debemos sustituir viejas creencias y luchar contra sistemas estancados en paradigmas que permanecen sordos a lo que realmente sucede.

Mientras tanto, debemos convivir con ellos y aprender a respetarnos entre todos. Es por ello, que en esta transición hacia una nueva visión de la enfermedad, no invalidamos ningún tipo de tratamiento que haya demostrado ser capaz de ayudar. Todos pueden llegar a ser válidos si se comprenden estas leyes de la vida y la enfermedad.

Lo único que pedimos, es que a cada tratamiento que se haga se agregue esta comprensión. Poco a poco, los cambios se irán produciendo por la misma presión evolutiva que beneficiará la defensa de la vida por sobre todos los dogmas. Es el desafío que estos tiempos nos proponen.

Dios quiera que haya muchas personas que acepten este desafío. No para el triunfo de ninguna teoría, sino para salvar lo que hasta ahora no se ha podido salvar: la integridad del hombre y su relación con todas las expresiones de la vida.