



We Are Victors

EL JARDIN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2021

Directores: Professor Jordi Estapé y Doctora Tania Estapé.

EDITORIAL

Opinamos, modestamente, que nuestro libro, colgado en Amazon, “Cáncer de próstata en heteros, gays y bisexuales”, cada vez es de mayor actualidad. Aparte de otros muchos ejemplos vamos a aducir dos: 1) Las declaraciones del señor Philippe Saman, fundador de Ahora Donde-Le Refuge (Asociación sin ánimo de lucro que acompaña y acoge a jóvenes LGTBIQ rechazados por su familia) en la Contra de la Vanguardia, en las que dice que aún hay jóvenes homosexuales rechazados por sus padres, hoy en día en pleno siglo XXI. Estos niños abandonan sus casas, acaban sin hogar y en la calle y suelen prostituirse para poder subsistir 2) Los ataques contra el portero de la selección alemana de fútbol, el gran Manuel Neuer, porque jugó algunos partidos de la actual Eurocopa 2021 luciendo un brazal con los colores de la bandera gay. Pero, además, ante un próximo partido en Munich se entre las selecciones de Alemania y Hungría se ha propuesto que el estadio se ilumina con dichos colores, lo cual ha llevado nada menos que a la UEFA a prohibirlo.

Porque, dice la venerable asociación, que ello es dar un tinte político al partido y que la UEFA es apolítica y no quiere ofender a Hungría cuyo Parlamento ha aprobado, impulsado por su primer ministro, una legislación homófoba y transfóbica que impide abordar la homosexualidad en programas educativos en las escuelas. Las últimas noticias confirman la actitud negativa de la UEFA.

Es evidente que esta es una cuestión global, que abarca a importantes minorías discriminadas. Lo mismo que ocurre con los pacientes con cáncer de próstata gays y bisexuales, como explicamos en nuestro libro que, como presumíamos, es de una actualidad y una modernidad extraordinaria. Ni en los hospitales españoles ni en los norteamericanos se suele preguntar la condición sexual de los pacientes, esencial en cáncer de próstata.

(sigue en la pág.2)

(viene de la pág.1)

Luchemos contra todas las discriminaciones. También en nuestros países. También aquí y ahora. No es una cosa de países subdesarrollados. Gays y bisexuales sufren discriminaciones continuadas y diversas incluso en los núcleos de la civilización occidental.

Llamamos la atención hacia otras importantes aportaciones en este número. La doctora Cristina Sans nos sigue iluminando con sus conocimientos y los test genéticos; insistimos en la importancia de la dieta mediterránea, esta vez nada menos que en relación a la vigilancia activa, y el imprescindible soporte psicológico de los pacientes que elijen esta opción y, en el creciente rol de la quimioterapia en cáncer de próstata.

La Dra. Tania Estapé es la primera elegida miembro del Board de Europa Uomo.

Astrid Vimena nos explica la importancia en la neuropsicología en la atención multidisciplinaria de los pacientes.

TANIA ESTAPÉ, PSICOONCÓLOGA DE FEFOC ELEGIDA MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE EUROPA UOMO



FEFOC es miembro de Europa Uomo desde sus inicios. Europa Uomo es la entidad europea que agrupa a asociaciones de pacientes con cáncer de próstata. FEFOC tiene una línea muy sólida dedicada a este cáncer que ha estado durante mucho tiempo como escondido. FEFOC tiene una web específica dedicada a este cáncer (www.cancerdeprostata.org), atención psicológica individual y en grupo y producción de material, como esta misma revista, un código, manuales, libro y videos informativos. Con Europa Uomo se han podido compartir experiencias de diferentes países, así como trabajos comunes.

Después de un tiempo, FEFOC ha dado un paso más en esta organización, promoviendo a su Psicooncóloga como candidata a miembro de la Junta Directiva.

Tania Estapé es doctora en Psicología y especialista en Psicología Clínica y dedicada a la Psicooncología desde hace muchos años.

En los últimos años ha acudido a las asambleas generales anuales de Europa Uomo como representante española. Las dos últimas Asambleas Generales de Europa Uomo fueron virtuales debido a la pandemia por Coronavirus. La de este año tuvo lugar el pasado 19 de Junio por la mañana. En ella se procedió a las votaciones de los dos puestos vacantes en la Junta. Tania Estapé ganó en las votaciones y tiene un nuevo papel como miembro de la Junta Directiva de Europa Uomo. Con su entrada a la Junta Tania Estapé propone promover la atención a los aspectos psicológicos en el cáncer de próstata, resaltando el papel de la pareja de paciente.

Esperamos que en esta nueva andadura se puedan cumplir nuevos retos en la lucha por la visibilidad de los pacientes con cáncer de próstata y sus familias.

UN ESTUDIO A 20 AÑOS RELACIONA ONCOTYPE DX®GPS CON EL RIESGO DE METÁSTASIS A DISTANCIA Y MUERTE POR CÁNCER DE PRÓSTATA **Cristina Sans.**

Una nueva publicación del JCO Precisión Oncology, referente a la prueba genómica Oncotype DX® Genomic Prostate Score (ODX GPS), ya mencionada en las ediciones anteriores, concluye que el test genómico proporciona información precisa del riesgo de metástasis a distancia y muerte por cáncer de próstata (objetivos a largo plazo). Esta información, de carácter objetivo, puede ser utilizada de forma dicotómica (positivo/negativo) más allá de los parámetros clínicos.

(sigue en la pág.3)

(viene de la pág 2)

Recordemos que se trata de una información de carácter molecular, que complementa los resultados de las pruebas clínicas realizadas con el fin de conocer el pronóstico del paciente.

Los datos del estudio, del grupo estadounidense liderado por el Dr. Klein (Cleaveland Clinic, USA), incluye una cohorte de 428 pacientes en seguimiento durante los años 1987 y 2004. Según el Dr. Klein, “un paciente con un GPS Score o puntuación de 29 puede ser un buen candidato a vigilancia activa, mientras que una puntuación mayor indica un tumor agresivo que requiere una monitorización más intensa (...) y según su esperanza de vida un tratamiento inmediato (cirugía y/o radioterapia)”. Se trata del estudio de validación más largo con ODX® GPS y aunque es necesario confirmar estos hallazgos con más estudios, es un dato muy interesante a la hora de valorar una vigilancia activa.

Este estudio aporta todavía más robustez a una prueba genómica que, a pesar de su poco tiempo en el mercado, ya acumula más de 20 estudios que demuestran su validación y utilidad clínica.

La prueba genómica, ODX® GPS, distribuida por Palex Medical y desarrollada por Exact Sciences, está dirigida actualmente a pacientes con cáncer de próstata localizado de riesgo clínico muy bajo, bajo e intermedio, pero se está trabajando en su aplicación a pacientes de alto riesgo en un futuro próximo.

Para conocer más detalles del estudio, puede acceder a la nota de prensa adjunta en inglés o bien directamente a la publicación, a partir del enlace:

<https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/PO.20.00325>

NEUROPSICOLOGÍA EN ONCOLOGÍA: Disciplina emergente en el sistema sanitario para la atención multidisciplinaria en beneficio de los pacientes

Mtra. Astrid Ximena Romero Hernández. Posgrado en Psicología.
Universidad Nacional Autónoma de México. Servicio de
Psicooncología Instituto Nacional de Cancerología



En la práctica clínica es relativamente frecuente atender pacientes con cáncer que tienen quejas subjetivas de deterioro cognitivo, las cuales pueden ir desde pérdida de objetos y olvido de información, hasta disfunción laboral y dificultad en la toma de decisiones. Suele ser común que los pacientes expresen tristeza, irritabilidad, enojo y frustración ante su situación actual, pues ya no realizan sus actividades cotidianas con la misma eficacia de antes.

Estas alteraciones consisten en el deterioro o disfunción de diferentes procesos neuropsicológicos como atención, memoria, lenguaje, entre otros. Se estima que hasta el 75% de los pacientes las experimentan durante el tratamiento, y en el 35% de ellos las alteraciones pueden persistir después de finalizar el tratamiento.

Uno de los tratamientos asociados a estas alteraciones es la terapia hormonal, también llamada terapia supresora de andrógenos, que se utiliza en pacientes con cáncer de próstata cuya enfermedad no se ha propagado fuera de la próstata. Esto puede deberse a la disminución en los niveles sanguíneos de testosterona (hormona asociada al funcionamiento de mecanismos de memoria y aprendizaje), o a daño cerebrovascular. Se han reportado algunas alteraciones en la habilidad de hacer movimientos dirigidos a un fin, en la capacidad de ubicar espacialmente estímulos en el entorno inmediato, en la organización, planeación y solución a situaciones nuevas, memoria visual, concentración y manipulación inmediata de la información.

(viene de la pág 3)

En contraste, en pacientes con cáncer de mama tratadas con terapia hormonal se ha demostrado consistentemente afectación de la memoria de conceptos previamente aprendidos y memoria autobiográfica.

Si el paciente no cuenta con los suficientes recursos cognitivos que le permitan atenuar dichas afectaciones, se puede comprometer su funcionalidad y disminuir su calidad de vida.

La neuropsicología permite conocer el perfil cognitivo, algo particularmente complejo en los pacientes con cáncer, pues algunos presentan factores de riesgo que contribuyen a la aparición de alteraciones neuropsicológicas, como edad avanzada, fatiga, alteraciones del sueño y del estado de ánimo, diabetes e hipertensión.

Con base en el perfil cognitivo, se hacen recomendaciones para los pacientes y sus familias, como programas de modificaciones ambientales, ayudas externas (uso de alarmas, cuadernos de notas) e interconsultas con otros profesionales de salud. El objetivo del abordaje neuropsicológico es la reincorporación de los pacientes a su entorno familiar, laboral y social.

En Iberoamérica, la aplicación de la neuropsicología en oncología es un campo emergente que permite tanto comprender el funcionamiento cognitivo de los pacientes, como proporcionarles herramientas y estrategias que les permitan mejorar su calidad de vida. A pesar de lo anterior, la neuropsicología en oncología es aún poco conocida para algunos profesionales de la salud, limitando las posibilidades de diagnóstico, tratamiento y reincorporación al entorno. En este sentido, es de vital importancia que los neuropsicólogos en oncología consoliden las bases que permitan el desarrollo de equipos multidisciplinarios, a través de la práctica clínica basada en la evidencia, formación de recursos humanos e investigación, así como la difusión de esta área entre pacientes y familiares para acceder de forma oportuna a los servicios de neuropsicología.

Referencias:

- American Cancer Society. (2020). Terapia hormonal para el cáncer de próstata. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/tratamiento/terapia-hormonal.html>
- Lange, M., Joly, F., Vardy, J., Ahles, T., Dubois, M., Tron, L., Winocur, G., De Ruiter, M. B., & Castel, H. (2019). Cancer-related cognitive impairment: an update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 30(12), 1925–1940. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz410>
- Tae, B. S., Jeon, B. J., Shin, S. H., Choi, H., Bae, J. H., & Park, J. Y. (2019). Correlation of Androgen Deprivation Therapy with Cognitive Dysfunction in Patients with Prostate Cancer: A Nationwide Population-Based Study Using the National Health Insurance Service Database. *Cancer research and treatment*, 51(2), 593–602. <https://doi.org/10.4143/crt.2018.119>
- Wu, L. M., & Amidi, A. (2017). Cognitive impairment following hormone therapy: current opinion of research in breast and prostate cancer patients. *Current opinion in supportive and palliative care*, 11(1), 38–45. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000251>

QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Un hecho evidente en cáncer de próstata (CP), es que muchos pacientes con cáncer extendido, que responden de entrada al tratamiento hormonal, con el tiempo se muestran resistentes al mismo.

A partir de 1950 se inició, en algunos de dichos pacientes, quimioterapia con alquilantes (medicamentos muy utilizados en quimioterapia de otros tumores; en la célula tumoral crean puentes entre los dos haces helicoidales del ADN, con lo que impiden la partición de la célula o mitosis y su multiplicación). Pero eran estudios poco documentados.

(sigue en la pág.5)

(viene de la pág 4)

No es hasta el año 1972 cuando el doctor Gerald Murphy y colaboradores lideran un proyecto (el American Cancer Society National Prostate Cancer Detection Project) para valorar científicamente la posible eficacia de la quimioterapia. Para ello diseñaron un estudio comparativo entre un alquilante (ciclofosfamida) y 5 fluoruracilo (antimetabolito que compite con un aminoácido esencial para la formación de ADN, la pirimidina). Observaron algunos beneficios, pero los estudios incluían a pocos pacientes para que realmente tuvieran valor.

Más adelante se ensayaron otros citostáticos que no solo disminuyeron en muchos casos el nivel de PSA (marcador del CP) y mejoraron la supervivencia de los pacientes. Con posterioridad, han surgido algunos medicamentos más eficaces, destacando la combinación de docetaxel (derivado semisintético del tejo), que interfiere con la mitosis o división celular), asociado a prednisona. En junio de 2010, la FDA aprobó cabazitaxel (otro derivado del tejo) para que fuera utilizado, también asociado a prednisona, para el tratamiento de los pacientes que a su vez fueran resistentes a docetaxel más prednisona.

Consideramos muy importante el potencial progreso de la quimioterapia en CP. El tratamiento hormonal es muy efectivo pero sus consecuencias sobre la calidad de vida de los pacientes son, a nuestro juicio, excesivas. La castración química ha sustituido ventajosamente, es cierto, a la quirúrgica.

Pero los pacientes siguen pagando un precio severo en cuanto a su calidad de vida. La quimioterapia, si progresa, podrá quizás en lo futuro, sustituir al tratamiento hormonal. Sin pagar el precio de la castración. Eso sí, con los efectos adversos de la quimioterapia que tienen la ventaja, en general, de suceder en un tiempo concreto y no castrar a los pacientes.

También pensamos que los investigadores deben progresar en el terreno del tratamiento hormonal, consiguiendo productos que no se centren en exclusiva en la anulación de la testosterona.

La combinación del progreso hacia una quimioterapia y hormonoterapia más eficaces y menos tóxicas constituye un reto por el que vale la pena luchar.



ANSIEDAD ANTE LA VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Tania Estapé

¿ACTIVE SURVEILLANCE = ANXIOUS SURVEILLANCE?

La vigilancia activa en cáncer de próstata es una opción de “no-tratamiento” que supone una propuesta muy interesante e importante: los pacientes son candidatos a no recibir tratamientos y se les hace un seguimiento para detectar posibles cambios en su tumor que en algún momento pudieran indicar el inicio de tratamientos activos. La vigilancia activa supone un avance en el objetivo de intentar tratar el cáncer de manera lo menos agresiva posible en cuanto a las repercusiones en la calidad de vida de los pacientes. Así, mirando la historia de la Oncología tenemos ejemplos, como puede ser el cambio de mastectomías en cáncer de mama a tumorectomías siempre que fuera posible. Por supuesto el objetivo principal es la curación pero sí puede ir aparejada con calidad de vida o al menos una preservación máxima de la misma, siempre se conseguirá una curación más global del paciente.

(sigue en la pág.6)

(viene de la pág.5)

Así pues el “no tratar” que supone la vigilancia activa, es desde luego una prometedora opción pues como sabemos, en cáncer de próstata, las repercusiones son a menudo muy duras. La pérdida de erección y la incontinencia urinaria son dos grandes ejemplos de cómo la vida del paciente puede quedar profundamente alterada. No obstante, a pesar de las ventajas que parecen muy claras al leerlo, hay algunos factores que hacen que sea complicado a la hora de elegir esta opción. Uno de ellos es la dificultad para asumir el hecho de tener cáncer y (aparentemente) no “hacer nada”. Esta primera barrera la encontramos tanto en pacientes como en familiares. Para éstos, tener a su ser querido diagnosticado de cáncer, sin erradicarlo es algo que va contra toda lógica. Nuestros ancestros pesan mucho y nos proporcionan la ecuación cáncer=muerte, cuanto antes se extirpe mejor.

Creemos que es comprensible, pues hasta ahora se nos ha ido señalando lo aconsejable que es la detección precoz para poder actuar lo antes posible cuando haya el mínimo de tumor. En este punto la barrera es doble, si es el caso que el paciente lo prefiere, pero su familia le presiona para que se opere. A las dudas e inseguridades del propio afectado se añade la falta de soporte de la familia en esta decisión. Por otra parte, la vida diaria con el tumor puede ser difícil de gestionar. Los pacientes se levantan cada mañana sabiendo que “llevan el cáncer dentro”, como nos explicaba un testimonio. A pesar de no tener las repercusiones de los tratamientos, esta consciencia de que su cáncer permanece en su cuerpo y que, en cualquier momento podría extenderse, puede generarse un alto grado de ansiedad y miedo que, en algunos casos puede interferir en su calidad de vida de otra manera. Nos referimos a que un alto nivel de ansiedad, muchas veces condiciona el disfrute de la vida, la concentración en actividades como la lectura, el cine o el intercambio social, o las tareas laborales, si el paciente aún está en activo.

En este sentido, los pacientes, a pesar de tener la ventaja de ahorrarse unas duras consecuencias de los tratamientos, pueden ver reducidas sus actividades sociales, tener insomnio y vivir con dificultades la incertidumbre. Esto se denomina el miedo a la progresión. En pacientes ya curados, libres de enfermedad, hablamos a menudo del miedo a la recaída, en este caso es a que progrese y se extienda. El paciente entra en una espiral de dudas: ¿Y si se extiende y llega demasiado tarde? ¿Y si me he equivocado? ¿Y si en verdad es que esto es muy grave y por ello ya no me tratan? Esto puede verse agravado por algo muy habitual en pacientes que es la comparación. Tanto los propios pacientes como sus familias van a conocer a otros pacientes y familiares afectados que han recibido tratamiento.

Es más: si el paciente acude a un grupo de soporte es probable que se sienta solo pues a menudo va a escuchar las historias de los demás explicando su experiencia con la prostatectomía, la radioterapia.....de nuevo le van a asaltar las dudas sobre si ha elegido correctamente.

En resumen, consideramos que hay unas vías de comunicación a diferentes niveles: por una parte los médicos y profesionales de la salud informan con datos, se basan en la evidencia de lo beneficioso que puede ser para los pacientes el optar por la vigilancia activa. Por otra parte los pacientes (y sus familias) reciben con miedo e inseguridad una opción de no tratarse cuando desde pequeños han ido escuchando que el cáncer es algo que hay que extirpar lo antes posible para poder apostar por la curación. Es imprescindible hacer una aproximación multidisciplinar a la toma de decisiones del paciente. Reuniones sin urgencia, pudiendo darle toda la información y el tiempo necesario, ayudarán a estar más tranquilos. Se ha demostrado que lamentar la decisión tomada puede inducir a una peor adaptación psicológica. Aunque es lógico que el paciente viva con cierto miedo, es necesario conseguir que pueda disfrutar al máximo su vida.

(sigue en la pag.7)

(viene de la pag.6)

Por otra parte, hay que diseñar programas de intervención psicológica. A pesar de poder hacer una aproximación multidisciplinar a la toma de decisiones, hay pacientes y familiares que no podrán evitar tener su grado de ansiedad. Para esto es necesario tener herramientas de apoyo psicológico.

DIETA MEDITERRÁNEA Y VIGILANCIA ACTIVA

El doctor J. Gregg y colaboradores del Anderson Cancer Center, de la Universidad de Texas, han estudiado la posible relación entre tipo de dieta y progresión del cáncer de próstata (CP) en hombres que eligieron vigilancia activa. Los que seguían una dieta del estilo de la Dieta Mediterránea (DM), evolucionaron mejor que los que no la seguían.

El doctor Justin Gregg opina que los hombres con CP están motivados por hallar algo que impacte positivamente el avance de la enfermedad y que mejore su calidad de vida. Pues bien, la DM es un medio no invasivo, Buena para la salud global y, como se muestra en su estudio, tiene un efecto potencial para modificar la progresión del CP.

Después de tener en cuenta los factores conocidos que pueden empeorar la evolución del CP (como edad, nivel de PSA y volumen del tumor), los pacientes que siguen DM disminuyen el riesgo de que su tumor crezca o avance hasta un punto en que puedan precisar tratamiento.

El estudio incluyó a 410 hombres que eligieron vigilancia activa, con CP localizado y con grado de Gleason grupos 1 o 2. La edad media de los pacientes fue de 64 años. Se les pasó un cuestionario sobre hábitos alimentarios y, según los resultados, se dividieron en tres grupos. Alta, media y baja adherencia a dicha dieta.

Los resultados mostraron una significativa reducción en el riesgo de progresión del tumor en relación con el grupo de adherencia, siendo los resultados más positivos en los grados de mayor seguimiento.

Los autores desean estudiar esta cuestión en otros grupos de pacientes. La importancia de este estudio radica no solo en la mejor salud global de los adherentes a la DM sino, lo que constituye lo más notable de este ensayo, es que aquellos que eligen vigilancia activa y DM tienen menor riesgo de progresión del CP. Que los que eligen vigilancia activa pero no son adherentes a la DM.



SÍNTESIS DE LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DIETA MEDITERRÁNEA

Algunos amables lectores se han interesado por este tema, por lo que repasar los datos esenciales históricos del diseño de esta dieta. Vale la pena repasar un poco el origen de uno de los mayores bienes que nos han legado nuestros antepasados. La misma se originó en el mar Mediterráneo, a través del intercambio de la cultura sobre la alimentación entre diversas civilizaciones.

Dentro de dicho mar, probablemente se inició en el Mediterráneo oriental, mediante el cultivo de cereales y legumbres en diversos países. Pero fueron los griegos y los romanos quienes cultivaron los tres ingredientes básicos de dicha dieta: las aceitunas y el aceite subsiguiente, el pan de trigo y las vides, de donde surgió el vino. Esta cultura se extendió al Mediterráneo occidental.

(sigue en la pag.8)

(viene de la pag.7)

A los ingredientes básicos originales, especialmente los romanos, añadieron las verduras (cebolla, lechuga, zanahoria, col, apio, alcachofa, etc), frutas (higos, melocotones, ciruelas, manzanas, peras, cerezas, etc), frutos secos (almendras, nueces, avellanas), queso (con preferencia por el de oveja), y, de un modo muy destacado, original, casi genial, pescado, marisco y en todo caso, ave, pero casi sin carne roja.

También recomendaros el ejercicio físico.

Más adelante, dos aspectos fundamentales enriquecieron la dieta mediterránea.

1). Las aportaciones árabes y musulmanas. Su influencia fue enorme en las tierras donde se asentaban (desde el año 711 al 1492), concretamente en la amplia región denominada Al-Andalus (buena parte de España para algunos o más extendida, incluyendo además Portugal y Francia).

Los árabes y musulmanes introdujeron el arroz, berenjenas, espinacas, naranjas y limones y también subrayan la importancia de la dieta en la salud en general. Recogieron los principios de Hipócrates.

2). El mismo año en que fueron expulsados de España por las tropas de los reyes Isabel y Fernando (1492), Cristóbal Colón llegó a América, lo que significó la adición a la dieta mediterránea de productos decisivos como patatas, tomates, maíz, café y chocolate. Representa el intercambio entre civilizaciones y culturas quizás más importantes de la historia. Llama la atención particularmente la adopción del tomate, primer fruto rojo en nuestra dieta y que fue símbolo de esta.

Vemos como la dieta mediterránea, tras su nacimiento en el Mediterráneo oriental, incorpora elementos esenciales de distintos pueblos y culturas.

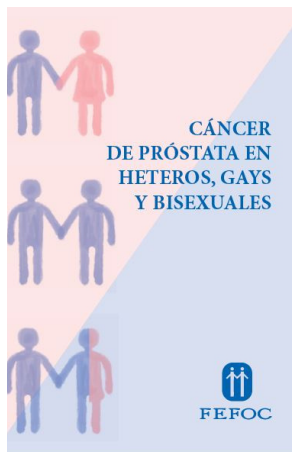


Dieta mediterránea

A partir de 1960 se advierte la disminución de problemas cardíacos coronarios en Grecia y España, al compararse su incidencia con la de Estados Unidos. Diversos estudios señalan nuestra dieta como la base de esta diferencia. Diversas e importantes organizaciones lo señalan, así como la Dietary Guidelines for Americans, la OMS y la ONU, que reconocen su valor en la prevención de enfermedades crónicas.

En cuanto al cáncer, se observa que su incidencia en los países del sur del Mediterráneo era baja cuando se siguió nuestra dieta y que ascendió progresivamente cuando fuimos imitando el estilo alimentario de los países del Norte.

Estudios actuales como el que presentamos en este número amplían sus indicaciones y beneficios. Por otra parte, la dieta mediterránea es esencialmente ecológica, con su predominio vegetariano y la minimización de la ingesta de carne animal. Combate la crueldad hacia los animales (nuestros hermanos) y las nefastas consecuencias de las granjas de explotación intensiva, al mismo tiempo que nos elimina un alimento tan peligroso para nuestra salud como es la carne roja.



Para adquirir el libro clique [aquí](#).

**Para más información
sobre los donativos clique
[aquí](#).**



FEFOC

**Directores: J.Estapé, T.Estapé
Secretaria: M.Soler Vaqué**

**Marc Aureli, 14.
08006 - Barcelona
Telf. 93 217 21 82
Email: fefoc@fefoc.org
www.fefoc.org**

Agradecemos la colaboración de:

