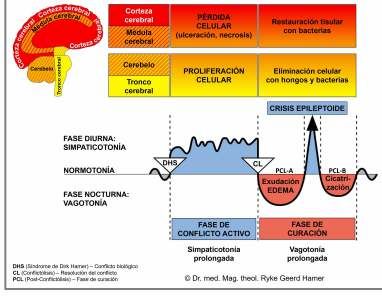




PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

CEREBRO

escrito por Caroline Markolin,
Ph.D.



Glándula pituitaria (adenohipófisis)

Glándula pineal

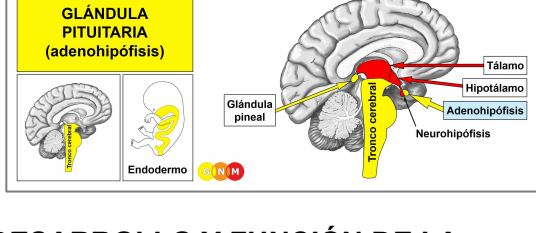
Tálamo e hipotálamo

Plexo coroideo

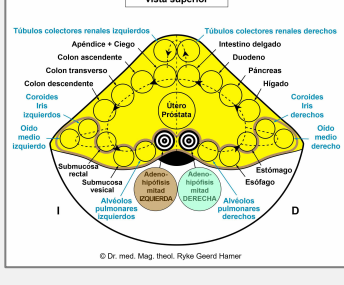
Vaina de mielina

Meninges

Rev. 1.06



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA GLÁNDULA PITUITARIA: La glándula pituitaria, o hipófisis, es una glándula endocrina (ved también glándula pineal o epífisis) situada en la base del cerebro en la silla turca, una depresión en forma de silla de montar en el hueso esfenoides. Es una protuberancia de la parte inferior del hipotálamo. La **adenohipófisis** (lóbulo anterior) secreta hormonas (cualidad secretora) responsables del crecimiento físico (hormona del crecimiento STH-Hormona Somatotropina), la reproducción (la LH-Hormona Luteinizante promueve la ovulación; la FSH-Hormona Estimulante del Folículo juega un papel en el desarrollo puberal), el metabolismo (TSH-Hormona Estimulante de la Tiroides), niveles de cortisol (ACTH-Hormona Adrenocorticotrópica) y algunos aspectos del embarazo, el parto (la oxitocina induce la contracción de los músculos del útero durante el parto) y la lactancia (la prolactina estimula las glándulas mamarias para producir leche). La adenohipófisis consta de epitelio cilíndrico intestinal, se origina del endodermo y, por tanto, se controla desde el tronco cerebral. La neurohipófisis (lóbulo posterior) es de origen ectodérmico (hasta la fecha, se desconoce el conflicto biológico relacionado).



NIVEL CEREBRAL: En el **tronco cerebral**, la adenohipófisis tiene dos centros de control, posicionados dentro de la forma de anillo de los relés cerebrales que controlan los órganos del canal alimentario.

La mitad derecha de la adenohipófisis se controla desde el lado derecho del tronco cerebral; la mitad izquierda se controla desde el hemisferio izquierdo del tronco cerebral. No existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: La boca y la faringe, las glándulas lagrimales, las trompas de Eustaquio, la glándula tiroides, las glándulas paratiroides, la glándula pituitaria (adenohipófisis), la glándula pineal y los plexos coroideos comparten los mismos relés cerebrales.

CÉLULAS PRODUCTORAS DE STH

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a **las células productoras de STH (Hormona Somatotropina)** de la adenohipófisis es un **conflicto de bocado**.

En línea con el razonamiento evolutivo, los **conflictos de bocado** son la temática principal de conflicto asociada con los **órganos controlados por el tronco cerebral** que derivan del endodermo.

MITAD DERECHA de la adenohipófisis:

Equivalente a la mitad derecha de la boca y la faringe, la **mitad derecha de la adenohipófisis** se correlaciona con un “**bocado entrante**” y con “**no poder agarrar un bocado porque el individuo es demasiado pequeño**”. Ejemplo: un niño pequeño está compitiendo con un adulto o un niño más grande, digamos, en deportes como el fútbol.

MITAD IZQUIERDA de la adenohipófisis:

Equivalente a la mitad izquierda de la boca y la faringe, la **mitad izquierda de la adenohipófisis** se correlaciona con un “**bocado saliente**” y con “**no poder deshacerse de un bocado porque el individuo es demasiado pequeño**” (originalmente, el bocado de heces).

Ejemplo: un niño o adolescente tiene que asumir el papel de un padre.

En general, el conflicto es provocado por **sentirse “demasiado pequeño”**

(provocado, por ejemplo, por los comentarios de un padre, maestro o entrenador). La angustia de ser “demasiado pequeño” también puede ocurrir en adultos.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Durante

la fase de conflicto activo, las células productoras de STH proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico de las células adicionales** es incrementar la producción de hormonas del crecimiento para poner al individuo en una mejor posición para agarrar (mitad derecha) o deshacerse de un bocado (mitad izquierda). Con una actividad conflictiva prolongada, se forma un tumor compacto (tipo secretor) como resultado del continuo aumento celular. En la medicina convencional, un tumor en la adenohipófisis se llama **adenoma pituitario** (generalmente considerado como “benigno”).

En niños y adolescentes, la

sobreproducción de hormonas del crecimiento conduce a un crecimiento físico real y potencialmente excesivo (**gigantismo**). Si el conflicto ocurre en la edad adulta, la incrementada producción de hormonas causa agrandamiento de las manos, los pies y el rasgo facial (**acromegalia**). Cuando la mitad izquierda de la adenohipófisis se ve afectada, los labios también se agrandan (la abertura de la garganta se agranda para que el bocado pueda ser mejor expulsado – ved Embriología).



Maurice Tillet (1903-1954), un luchador profesional francés, desarrolló acromegalia a los veinte años.

A la edad de 13 años, Maurice todavía tenía una estatura normal.

FASE DE CURACIÓN: En la fase de curación, los hongos o las micobacterias como las bacterias TB eliminan las células que ya no son necesarias. El proceso de curación va acompañado de **sudores nocturnos**.

NOTA: Eludiendo la **barrera hematoencefálica**, la glándula pituitaria recibe su suministro de sangre directamente de la arteria carótida interna. Esto permite que las micobacterias asistan la curación (ved también glándula pineal y plexo coroideo).

Si la curación no puede ser completada (curación pendiente) debido a las recaídas recurrentes en el conflicto, se pierde cada vez más tejido de la adenohipófisis, conduciendo a una disminución o cese completo de la producción de STH-Hormona Somatotropina. Durante el desarrollo de un niño, esto resulta en una baja estatura (**enanismo**).

CÉLULAS PRODUCTORAS DE PROLACTINA

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a las **células productoras de prolactina** de la adenohipófisis es un **conflicto de alimentación** como en “**no podernutrir al niño o a la familia**”, digamos, debido a dificultades económicas (p. ej., madres solteras desempleadas o autónomas). El conflicto puede afectar a

cualquiera de las dos mitades de la glándula.

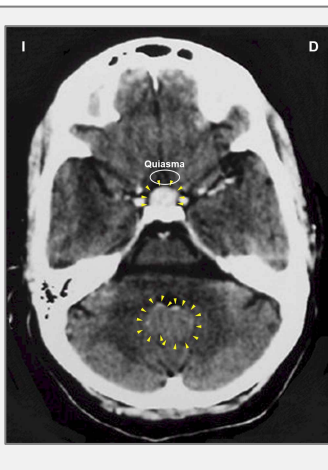
FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Durante la fase de conflicto activo, las células productoras de prolactina proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico de las células adicionales** es incrementar la secreción de prolactina para poder nutrir mejor al niño o a la familia. Con una actividad conflictiva prolongada, las células adicionales forman un crecimiento compacto (tipo secretor). En la medicina convencional, el tumor se denomina **“adenoma pituitario secretor” o prolactinoma**. La **sobreproducción de prolactina** causa una incrementada producción de leche si una mujer está amamantando en el momento de la actividad conflictiva. Sin embargo, incluso si una mujer no está amamantando, el incremento de prolactina todavía da como resultado una secreción de leche, que se nota como una secreción lechosa del pezón o un flujo espontáneo de leche de los pechos. La lactancia también ocurre en hombres que sufrieron un conflicto de alimentación (ved también cáncer de mama en hombres). En ambos sexos, la condición se llama **galactorrea**.

FASE DE CURACIÓN: Con una fase de curación prolongada, se pierde cada vez más tejido glandular como resultado del proceso continuo de eliminación celular. En las mujeres lactantes, esto causa una **reducción o parada completa de la producción de leche**. Si esto sucede durante el embarazo, la mujer tiene poca o nada de leche materna después del nacimiento de su hijo (comparad con la falta de producción de leche relacionada con las glándulas mamarias).

NOTA: En los mamíferos, el flujo de leche se estimula al comer la placenta de sus crías después del nacimiento. Los estudios de la Universidad del Sur de Florida han demostrado que las nuevas madres que comieron su propia placenta tuvieron una lactancia significativamente mejorada. Un conflicto biológico relacionado con la placenta desencadenado, por ejemplo, por un comentario de un médico como “la placenta no produce líquido amniótico”, posiblemente también podría afectar la producción de leche (esto no ha sido confirmado por la investigación del Dr. Hamer).

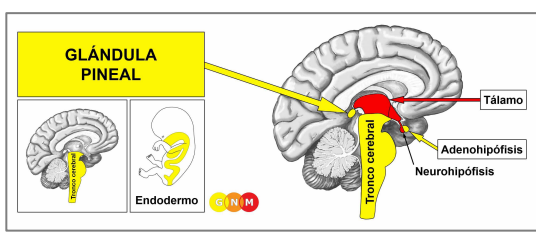
CÉLULAS PRODUCTORAS DE LH y FSH

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a las células productoras de la **hormona luteinizante (LH)** y la **hormona estimulante del folículo (FSH)** de la adenohipófisis es **“ser demasiado inmaduro”**, literalmente o figurativamente, con una sobreproducción de LH y FSH en la fase de conflicto activo. El conflicto ocurre antes de la pubertad. En los niños, la actividad conflictiva continua conduce a un **desarrollo prematuro** (pubertad precoz). Una fase de curación prolongada provoca una disminución de la producción de LH y FSH, lo que resulta en un **retraso en la pubertad** (no hay desarrollo de los ovarios ni de los pechos en las niñas a la edad de 13 años o crecimiento de los testículos en los niños a la edad de 14 años).



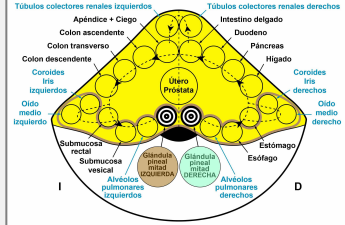
Esta TC cerebral muestra calcificación (flechas superiores) en la adenohipófisis (comparad con la calcificación en la glándula pineal y el plexo coroideo). La cicatrización en los relés cerebrales que controlan la adenohipófisis (flechas inferiores – [ved el diagrama de la GNM](#)) confirma que se ha completado la fase de curación.

NOTA: La adenohipófisis está localizada cerca del quiasma óptico. Por tanto, un gran adenoma pituitario (generalmente debido a la retención de agua debido al SÍNDROME) podría comprimir el nervio óptico causando un deterioro temporal de la visión; el daño al nervio óptico puede resultar en ceguera.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA GLÁNDULA PINEAL: La glándula pineal (epífisis) es una pequeña glándula endocrina situada profundamente en el centro del cerebro detrás del **tercer ventrículo**, precisamente, en el surco donde se unen las dos mitades del tálamo (comparad con la glándula pituitaria o hipófisis). La glándula pineal está compuesta por células pineales (pinealocitos) que registran la incidencia de luz (cualidad absorbente) y producen melatonina (cualidad secretora). La melatonina (que no debe confundirse con el pigmento melanina) juega un papel importante en la regulación del ciclo noche-día en sincronización con el ciclo sueño-vigilia (ritmo circadiano). La glándula pineal consta de epitelio cilíndrico intestinal, se origina del endodermo y, por tanto, se controla desde el tronco cerebral.

NOTA: En términos evolutivos, los pinealocitos productores de melatonina derivan de las células intestinales, de ahí su función absorbente y secretora. Inicialmente, las células pineales también tenían una función fotosensorial que sirve para recibir luz similar a las células de la retina. Algunos embriólogos sugieren, por tanto, que la glándula pineal alguna vez fue un ojo (el “tercer ojo” mirando hacia arriba). En base al conocimiento de la GNM, la glándula pineal está relacionada biológicamente con la coroides, el tejido más antiguo del ojo capaz de capturar la luz. Tanto las células coroides como las pineales son de origen endodérmico. Durante el desarrollo embrionario, la glándula pineal comienza a formarse durante la séptima semana de gestación. La evaginación pineal (“burbuja del ojo pineal”) tiene un parecido sorprendente con la coroides que constituye la **copa del ojo primordial**.



NIVEL CEREBRAL: En el **tronco cerebral**, la glándula pineal tiene dos centros de control posicionados dentro de la forma de anillo de los relés cerebrales que controlan los órganos del canal alimentario.

La mitad derecha de la glándula pineal se controla desde el lado derecho del tronco cerebral; la mitad izquierda se controla desde el hemisferio izquierdo del tronco cerebral. No existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: La boca y la faringe, las glándulas lagrimales, las trompas de Eustaquio, la glándula tiroides, las glándulas paratiroides, la glándula pituitaria, la glándula pineal y los plexos coroides comparten los mismos relés cerebrales.

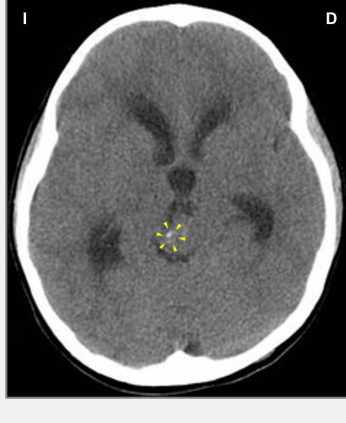
CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico asociado con la glándula pineal está ligado a una **repentina y larga oscuridad** (comparad con el conflicto relacionado con la luz ligado a los músculos pupilares). La mitad derecha de la glándula pineal se correlaciona con “no poder captar la luz”, mientras que la mitad izquierda de la glándula pineal corresponde a “no poder deshacerse de la oscuridad”. El conflicto es provocado, por ejemplo, por la angustia que se experimenta en lugares oscuros (sótanos, minas o cuevas subterráneas, túneles) o, figurativamente, por ser mantenido “en la oscuridad”.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, las células de la glándula pineal proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico de las células adicionales** es incrementar la producción de melatonina para incrementar la recepción de luz. Con una actividad conflictiva prolongada, se forma un tumor compacto (tipo secretor) o de crecimiento plano (tipo absorbente) como resultado del continuo aumento celular. El término médico para un tumor pineal es **“pinealoma”** o **“ependimoma pineal”**. Un crecimiento grande podría contraer el nervio oculomotor (tercer nervio craneal) que suministra la mayoría de los músculos extraoculares que controlan los

movimientos oculares. El daño al nervio conduce a la incapacidad de mover el ojo afectado normalmente (ved estrabismo). Cuando un **tumor pineal** comprime el **tercer ventrículo**, esto causa una hidrocefalia.

FASE DE CURACIÓN: Tras la resolución del conflicto (**CL**), los hongos o las micobacterias, como las bacterias TB, eliminan las células que ya no son necesarias. El proceso de curación va acompañado de **sudores nocturnos**. Durante el proceso de descomposición, el tumor puede sangrar. El sangrado ocurre cuando la pared externa del tumor se rompe (compárese con el sangrado cerebral debido a la ruptura de un quiste cerebral).

NOTA: Eludiendo la **barrera hematoencefálica**, la glándula pineal recibe su suministro de sangre directamente de las arterias cerebrales. Esto permite que las micobacterias asistan la curación (ved también glándula pituitaria y plexo coroideo).



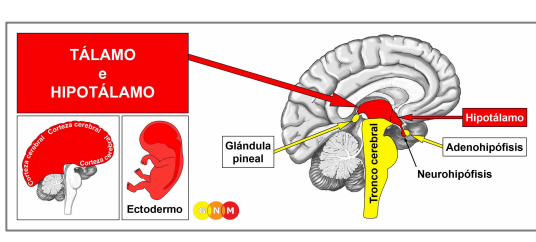
Este escáner cerebral se tomó después de que un tumor pineal fuera eliminado con la ayuda de bacterias TB. Las cavernas que se crean después de la descomposición del tumor están llenas de calcio. Aquí ya visibles como motas blancas.

Las pequeñas estructuras calcificadas en la glándula pineal, que indican una corta fase de curación, se conocen como **cuerpos arenáceos** o **arena cerebral**.



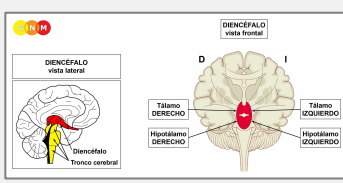
Esta TC cerebral muestra la compleción del proceso de calcificación (comparad con la calcificación en la glándula pituitaria y el plexo coroideo).

Si los microbios requeridos no están disponibles en el momento la resolución del conflicto, porque fueron destruidos por el uso excesivo de antibióticos, el tumor no se puede descomponer, por tanto, permanece. Eventualmente, el crecimiento se encapsula. Un **quiste pineal** es un tumor pineal encapsulado que contiene fluido debido a la retención de agua.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL TÁLAMO E HIPOTÁLAMO: El tálamo e hipotálamo están situados profundamente en el cerebro entre la corteza cerebral y el mesencéfalo. Forman la mayor parte del diencefalo (intercerebro). Las dos mitades del tálamo están situadas simétricamente a cada lado del **tercer ventrículo**. El hipotálamo se encuentra debajo del tálamo. El hipotálamo es el centro coordinador del sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino, que afecta el ritmo del sueño, las funciones metabólicas, la ingesta de alimentos y agua (hambre, sed), la temperatura corporal y la liberación de hormonas de la glándula pituitaria. El tálamo e hipotálamo se originan del ectodermo y se controlan desde el diencefalo.

NOTA: Al igual que la glándula pineal, el tálamo recibe su suministro de sangre directamente de la arteria cerebral y, por tanto, no está aislado del cuerpo por la **barrera hematoencefálica**.



NIVEL CEREBRAL: El tálamo e hipotálamo se controlan desde el **diencefalo** (intercerebro), que se encuentra en la parte central del cerebro, justo por encima del mesencéfalo. El tálamo e hipotálamo derechos se controlan desde el lado derecho del diencefalo; el tálamo e hipotálamo izquierdos desde el lado izquierdo. No existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: En el caso del tálamo e hipotálamo, los órganos y sus centros de control están en la misma ubicación (comparad con la glándula pituitaria y la glándula pineal que están situadas en el centro del cerebro pero se controlan desde el tronco cerebral).

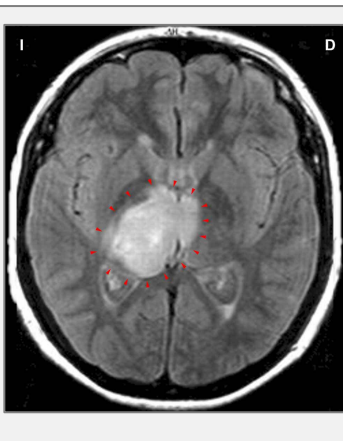
CONFLICTO BIOLÓGICO: completo abandono de sí mismo; completa resignación (“Ojalá estuviera muerto”).

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: cambio de parámetros hormonales y activación del sistema nervioso autónomo (simpaticotonía) para poder manejar el estrés. **Síntomas: vigilia e inquietud extrema.**

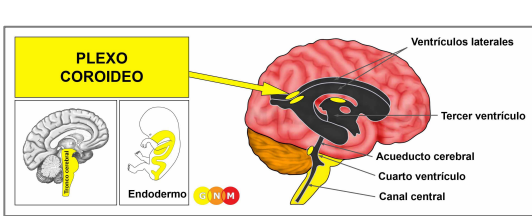
NOTA: El tálamo e hipotálamo pertenecen al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado no con proliferación celular o pérdida celular sino con hiperfunción (ved también periostio) o pérdida funcional (ved los Programas Especiales Biológicos del oído interno (cóclea y órgano vestibular), nervios olfatorios, retina y cuerpo vítreo de los ojos, células de los islotes del páncreas (células alfa de los islotes y células beta de los islotes), úsculos esqueléticos).

FASE DE CURACIÓN: En el transcurso de la fase de curación, los parámetros hormonales se normalizan y el sistema nervioso cambia a vagotonía.

Con el SÍNDROME, es decir, con la retención de agua como consecuencia de un conflicto activo de abandono o existencia, existe el riesgo de que un gran edema cerebral (**PCL-A**) comprima el **tercer ventrículo** (ved hidrocefalia); más aún, cuando ambas mitades del tálamo se someten al proceso de curación al mismo tiempo.



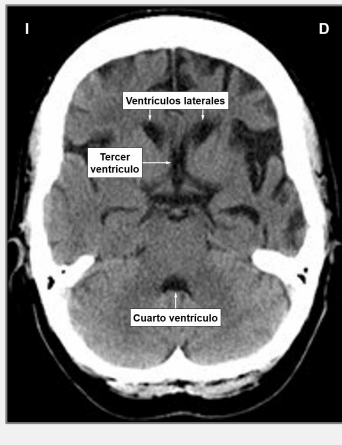
Esta IRM tomada con sustancia de contraste muestra un proceso de curación en el área del cerebro que controla el tálamo izquierdo (**ved el diagrama de la GNM**). En la medicina convencional, la “masa” se diagnostica erróneamente como un “tumor cerebral” (“glioma talámico”).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL PLEXO COROIDEO: El plexo coroideo es una densa red de pequeños vasos sanguíneos en el sistema ventricular del cerebro. Hay cuatro plexos coroideos en el cerebro: dos en los ventrículos laterales (plexos coroideos laterales) y uno en el tercer ventrículo y en el cuarto ventrículo (plexos coroideos centrales).

El **sistema ventricular** está formado por cuatro cavidades unidas por pasajes estrechos para permitir la circulación del líquido cefalorraquídeo. Los ventrículos más altos son los dos ventrículos laterales que se encuentran profundamente dentro de los hemisferios cerebrales. Cada ventrículo lateral está estructurado en forma de C, llegando desde los **lóbulos temporales hasta la corteza pre-motora sensorial**. El tercer ventrículo debajo de ellos se encuentra en el **diencefalo** (intercerebro) entre el tálamo derecho e izquierdo. El cuarto ventrículo entre el tronco cerebral y el cerebelo se conecta con el espacio subaracnoideo (ver meninges) y el canal central de la médula espinal. El acueducto cerebral se une al

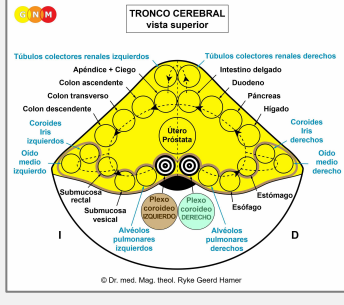
tercer y cuarto ventrículo. Los ventrículos y el líquido cefalorraquídeo protegen el cerebro y la médula espinal de lesiones.



Esta imagen resalta los cuatro ventrículos tal como se muestran en una TC cerebral.

Un plexo coroideo consta principalmente de células endoteliales. La función principal de las células endoteliales es la **producción de líquido cefalorraquídeo** (cualidad secretora) a través de la filtración de sangre arterial. El líquido cefalorraquídeo (LCR) drena desde los ventrículos laterales hacia el tercer ventrículo y, a través del acueducto cerebral, hacia el cuarto ventrículo. Desde allí, el líquido escapa a través de las aberturas laterales del cuarto ventrículo hacia el espacio subaracnoideo. Las células endoteliales del plexo coroideo forman una capa delgada (ependimo) que cubre la pared interna de los ventrículos y rodea el núcleo del plexo. El ependimo actúa como un filtro importante, conocido como **barrera sangre-líquido cefalorraquídeo (BCSFB)**. La barrera sangre-líquido cefalorraquídeo es, además de la **barrera hematoencefálica (BBB)**, una interfaz dinámica para mantener un entorno estable para las células cerebrales (neuronas). Las dos barreras restringen el paso de moléculas grandes, incluidos microbios y células cancerosas (ved “tumores cerebrales metastásicos”), al cerebro; al tiempo que permiten la entrada de agua, sustancias liposolubles (oxígeno, dióxido de carbono) y moléculas como aminoácidos y glucosa. El azúcar es nutrición para el cerebro. El líquido cefalorraquídeo, también conocido como “licor” cefalorraquídeo (sustancia dulce), por tanto, es rico en glucosa (el cerebro consume el 25% de la energía del cuerpo usando alrededor de 150 g de glucosa al día).

Las células endoteliales del plexo coroideo se originan del endodermo y, por tanto, se controlan desde el tronco cerebral. Las células neurogliales que brindan soporte a las células endoteliales son de origen mesodérmico nuevo.



NIVEL CEREBRAL: En el **tronco cerebral**, los plexos coroideos tienen dos centros de control posicionados dentro de la forma de anillo de los relés cerebrales que controlan los órganos del canal alimentario.

El plexo coroideo lateral derecho y las mitades derechas de los plexos coroideos centrales se controlan desde el lado derecho del tronco cerebral; el plexo coroideo lateral izquierdo y las mitades izquierdas de los plexos coroideos centrales se controlan desde el hemisferio izquierdo del tronco cerebral. No existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: La boca y la faringe, las glándulas lagrimales, las trompas de Eustaquio, la glándula tiroides, las glándulas paratiroides, la glándula pituitaria, la glándula pineal y los plexos coroideos comparten los mismos relés cerebrales.

CONFLICTO BIOLÓGICO: Según su función como “obras hidráulicas del cerebro”, el conflicto biológico ligado a los plexos coroideos es “**el cerebro no está lo suficientemente húmedo**” o “**el cerebro está seco**” experimentado, figurativamente, cuando uno tiene dificultades para pensar (los pensamientos no fluyen suavemente) o memorizar. Un lapsus mental angustiante, la pérdida de memoria a corto plazo (ved conflicto de separación) o las dificultades de aprendizaje podrían causar tal conflicto. Además, considerando la correspondencia de los órganos controlados por el tronco cerebral con un **bocado (de comida) entrante y un bocado (de heces) saliente**, el conflicto ligado al plexo coroideo lateral derecho y las mitades derechas de los

plexos coroideos centrales es “**no poder dejar que un bocado ‘fluya hacia adentro’**”. En consecuencia, el conflicto ligado al plexo coroideo lateral izquierdo y las mitades izquierdas de los plexos coroideos centrales es “**no poder dejar que un bocado ‘fluya hacia afuera’**”. Tal “bocado” puede relacionarse con cualquier cosa que uno desea “atrapar” o “deshacerse de”, incluyendo una persona (comparad con los conflictos relacionados con la submucosa bucal y faríngea).

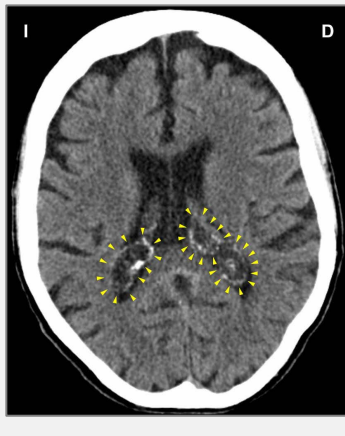
FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, las células endimarias del plexo coroideo proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es mejorar la producción de líquido cefalorraquídeo. Con una actividad conflictiva prolongada, se forma un tumor compacto (tipo secretor) como resultado del continuo aumento celular. En la medicina convencional, esto se llama **ependimoma del plexo coroideo**. A diferencia de un glioma, un endimoma es un tumor cerebral real (ved también tumor pineal y adenoma hipofisario).

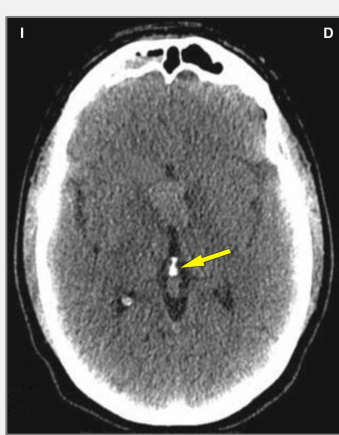
NOTA: Basándose en la suposición errónea de que las células endimarias son “células gliales especializadas”, la medicina convencional afirma que un endimoma es un tipo de glioma, también denominado glioma cordoide. En realidad, las células endimarias son descendientes de la mucosa intestinal y, por tanto, de origen endodérmico, mientras que la neuroglia (tejido conectivo cerebral) se origina del mesodermo nuevo.

FASE DE CURACIÓN: Tras la resolución del conflicto ([CL](#)), hongos o micobacterias como las bacterias TB eliminan las células que ya no son necesarias. Con la participación de la bacteria de la tuberculosis, la condición se denomina **ependimoma tuberculoso** y suele acompañarse de **sudores nocturnos**. Durante el proceso de descomposición, el tumor puede sangrar hacia el interior del ventrículo afectado. El sangrado ocurre cuando la pared externa del tumor se rompe (comparad con el sangrado cerebral debido a la ruptura de un quiste cerebral).

NOTA: Eludiendo la [barrera hematoencefálica](#), el plexo coroideo recibe su suministro de sangre directamente de las arterias cerebrales. Esto permite que las micobacterias asistan el proceso de curación (ved también glándula pineal y glándula pituitaria).



Después de la descomposición de un endimoma, las cavernas permanecen en el sitio en el que son eventualmente llenadas de calcio, mostrándose como depósitos de calcio en un escáner cerebral (aquí en los ventrículos laterales).



Esta TC cerebral demuestra un proceso de calcificación completo en el tercer ventrículo (comparad con la calcificación en la glándula pituitaria y la glándula pineal).

HIDROCEFALIA

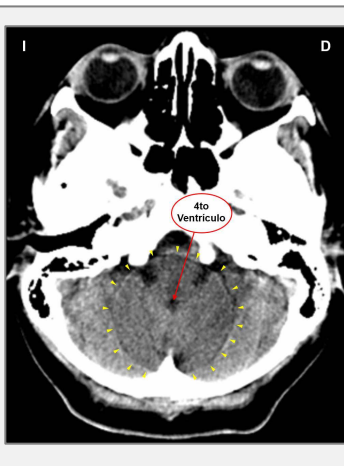
La hidrocefalia es una condición en la que el exceso de líquido cefalorraquídeo (LCR) se acumula en las cavidades del cerebro. Esto ocurre cuando un tumor o un gran edema cerebral comprime uno de los ventrículos o el acueducto cerebral. Un edema cerebral en el centro de control del parénquima renal podría conducir a una compresión del acueducto cerebral. La inflamación de los relés cerebrales de los alvéolos pulmonares (relacionada con un conflicto de miedo de la muerte) puede

comprimir el cuarto ventrículo resultando en la dilatación de todo el sistema ventricular. Un proceso de curación ([PCL-A](#)) que involucre los relés cerebrales del tálamo o miocardio podría bloquear el tercer ventrículo desde ambos lados. Los edemas cerebrales suelen agrandarse debido a la retención de agua (el SÍNDROME) y un conflicto activo de abandono o existencia. La acumulación de LCR y la presión causada por la acumulación de líquido incrementa el tamaño de los ventrículos creando una **hidrocefalia interna**. Con una **hidrocefalia externa**, la acumulación de líquido se produce en el espacio subaracnoideo; si afecta al lóbulo frontal, se caracteriza por una frente prominente que se desarrolla en la infancia.

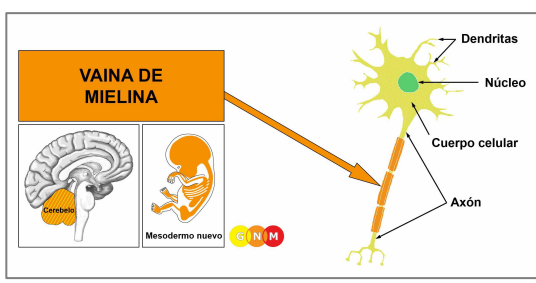
El agrandamiento de la cabeza ocurre cuando los huesos del cráneo no están completamente fusionados, como es el caso de los fetos y los bebés de hasta dos años. Los niños no nacidos experimentan conflictos de existencia y conflictos de miedo de la muerte debido a la angustia extrema en el útero (ved conflictos intrauterinos); los recién nacidos sufren conflictos de abandono cuando son separados de la madre al nacer. En los adultos, el cráneo no puede expandirse para adaptarse a la acumulación de líquido cefalorraquídeo. Los síntomas subsecuentes son dolores de cabeza, náuseas y somnolencia. La fuerte, elevada presión intracraneal puede resultar en un alargamiento de las amígdalas cerebelosas, los lóbulos redondeados debajo de los hemisferios cerebelosos; una condición potencialmente mortal ocurre cuando la presión empuja las amígdalas fuera del cráneo (el descenso de las amígdalas cerebelosas se denomina “**herniación amigdalina**”). El incremento prolongado de la presión sobre el nervio óptico interrumpe el suministro de oxígeno al nervio óptico, lo que hace que se hinche. La hinchazón del nervio óptico en el punto donde el nervio se une al ojo se llama **papiledema** (comparad con la excavación papilar debido a la presión intraocular elevada permanente). El daño al nervio óptico por papiledema puede resultar en pérdida del campo visual. Con la hidrocefalia, un debilitamiento de los nervios que controlan el movimiento de los ojos crea una desalineación ocular (ved estrabismo). Los síntomas como debilidad de las piernas, ataques epilépticos o problemas del habla, sin embargo, no son provocados por una hidrocefalia, como se afirma, sino que se relacionan con Programas Especiales Biológicos específicos.



Esta TC cerebral muestra una expansión de los ventrículos laterales (hidrocefalia interna) causada por una acumulación de líquido cefalorraquídeo.

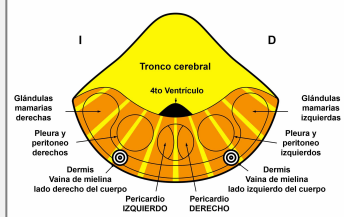


Una compresión del cuarto ventrículo puede ser el resultado de un **agudo conflicto de miedo de la vida** que conduce a una hidrocefalia una vez resuelto el conflicto. En este ejemplo, el Foco de Hamer correspondiente se extiende por todo el tronco cerebral. El ruido excesivo durante el embarazo, por ejemplo, podría desencadenar el pánico en el feto (ved conflictos intrauterinos).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA VAINA DE MIELINA: La vaina de mielina forma una capa aislante alrededor de los nervios, incluidos los nervios del cerebro y la médula espinal. Cada célula nerviosa o **neurona** consta de un cuerpo celular con un **núcleo** (que contiene ADN) y **dendritas** (terminaciones nerviosas) que se proyectan desde el cuerpo celular para recibir señales de otras neuronas. El **axón** es una extensión que se diferencia de las dendritas en la medida en que transporta los impulsos lejos de las neuronas, a veces a una distancia considerable. Los axones más largos están cubiertos con una vaina de mielina. La función de la vaina de mielina es acelerar la transmisión eléctrica a lo largo de las células nerviosas. La vaina de mielina que envuelve las neuronas motoras ayuda en la conducción de los impulsos nerviosos a los músculos; las neuronas sensoriales comunican estímulos sensoriales como el tacto. Por tanto, las neuronas mielinizadas se encuentran típicamente en los nervios periféricos.

La mielina se origina en las células de Schwann, que son células gliales especializadas. Las células gliales (también llamadas neuroglia) brindan soporte y protección a las neuronas del cerebro y la médula espinal (sistema nervioso central). Las células de Schwann, por otro lado, se encuentran en el sistema nervioso periférico (fuera del cerebro) donde forman la vaina de mielina alrededor de las células nerviosas. En los seres humanos, la mielinización comienza en la decimocuarta semana del desarrollo fetal. Como la glía, la mielina consta en su mayor parte de tejido conectivo. Por tanto, la vaina de mielina también se deriva del mesodermo nuevo.



NIVEL CEREBRAL: Excepción:

Aunque la vaina de mielina es de origen mesodérmico nuevo, se controla desde el **cerebelo** en lugar de la médula cerebral.

La vaina de mielina en el lado derecho del cuerpo se controla desde el lado izquierdo del cerebro; la vaina de mielina en el lado izquierdo del cuerpo se controla desde el hemisferio cerebral derecho. Existe una correlación cruzada del cerebro al cuerpo.

NOTA: La vaina de mielina se controla desde el mismo relé cerebral que la dermis (ved también glándulas palpebrales).

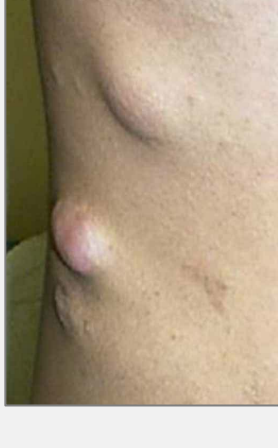
CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a la vaina de mielina es un **conflicto de contacto** de no querer ser tocado porque el contacto se experimenta como doloroso, desagradable o no deseado (comparad con el conflicto de separación relacionado con la piel externa). El miedo a ser tocado (abuso físico, abuso sexual) ya puede evocar el conflicto. La vaina de mielina también responde a un **conflicto de dolor** desencadenado por un dolor agudo debido a una lesión, caída o golpe. El dolor severo, por ejemplo, el dolor de huesos también puede activar el Programa Especial Biológico.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, la vaina de mielina se engrosa a través de la proliferación celular formando un **neurofibroma** debajo o sobre la piel (como un melanoma, un neurofibroma es una forma arcaica de defensa). El tamaño de los nódulos está determinado por la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es bloquear la transmisión de los estímulos sensoriales periféricos al cerebro. El tejido extra absorbe el contacto o el dolor no deseado. **Síntoma:** una **pérdida o disminución de la sensibilidad al tacto en el área afectada** (ved también hiposensibilidad que involucra la epidermis o el periostio).

NOTA: Aunque la mielina y la neuroglia son tejidos relacionados, se comportan de manera diferente. Un neurofibroma (también conocido como “glioma periférico”) crece durante la fase de

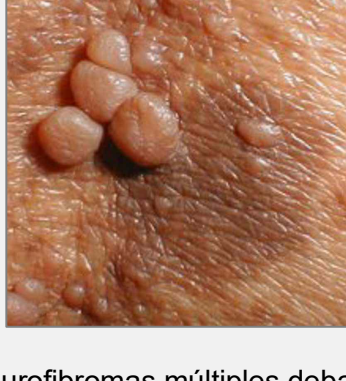
conflicto activo (como todos los tejidos que se controlan desde el cerebelo) mientras que la proliferación de neuroglia (ved “tumor cerebral”) ocurre en la fase de curación (en [PCL-B](#)).



La apariencia de un neurofibroma debajo de la piel (neurofibroma subcutáneo) es similar a la de un lipoma que involucra el tejido graso.

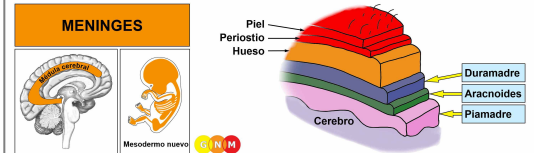
Cuando se sitúan inmediatamente debajo de la piel, los neurofibromas se mueven fácilmente.

NOTA: Si el lado derecho o izquierdo del cuerpo está afectada depende de la lateralidad de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. Un conflicto localizado afecta la parte del cuerpo que está asociada con el conflicto de contacto.



Los neurofibromas múltiples debajo o sobre la piel (neurofibroma cutáneo) se denominan **neurofibromatosis tipo 1 (NF1)** o **enfermedad de Recklinghausen**. Las pigmentaciones café-au-lait (manchas de color-café en la piel) clasificadas como síntomas de NF1, según la GNM, están relacionadas con la epidermis y no con la vaina nerviosa. El hecho de que se observen manchas café-au-lait en la mayoría de las personas con NF1 es una indicación de que los dos Programas Biológicos (conflicto de separación y conflicto de contacto) a menudo se ejecutan al mismo tiempo.

FASE DE CURACIÓN: Siguiendo el principio de los [órganos derivados del mesodermo nuevo](#) (“grupo excedente”), el(los) neurofibroma(s) permanece(n) en su lugar. Con la compleción de la fase de curación, la sensibilidad vuelve a la normalidad.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LAS MENINGES: Las meninges son las tres finas membranas que envuelven el cerebro y la médula espinal. La función principal de las meninges es proteger el sistema nervioso central. Las meninges constan de la **piamadre** (meninges internas), que sigue de cerca los contornos y pliegues (circunvoluciones y surcos) del cerebro, la **aracnoides** y la **duramadre** (meninges externas). El espacio entre la piamadre y la aracnoides (**espacio subaracnoideo**) está lleno de líquido cefalorraquídeo (ved plexo coroideo). La superficie externa de los huesos del cráneo está cubierta por el periostio y la piel (dermis y epidermis). La piamadre (“madre blanda”) es una delicada membrana dotada de numerosos vasos sanguíneos que nutren el cerebro. La duramadre (“madre dura”) está compuesta de tejido fibroso denso con una capa perióstica cerca de la superficie interna del cráneo. La duramadre, la aracnoides y la piamadre se originan del mesodermo nuevo y se controlan desde la médula cerebral. Los nervios periósticos de la duramadre se controlan desde la [corteza pre-motora sensorial](#); el centro de control está ubicado cerca de los relés cerebrales de los conductos faríngeos y los conductos tiroideos en la parte frontal de la corteza.

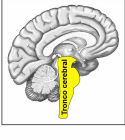
Meningitis

La medicina convencional argumenta que las inflamaciones de las meninges son el resultado de “infecciones” con virus, bacterias u hongos que supuestamente migran a través del torrente sanguíneo hacia el cerebro y la médula espinal. Cualquier afirmación de este tipo es muy cuestionable porque la [barrera](#)

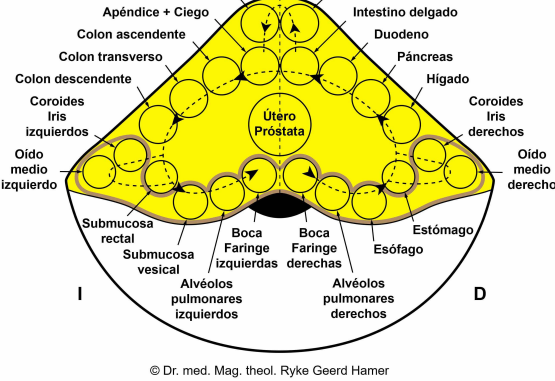
Si ocurren varias fases de curación al mismo tiempo, las inflamaciones en el cerebro pueden conducir a una inflamación del cerebro, denominada **encefalitis**. Como la meningitis, esto no tiene nada que ver con una “infección”. La encefalitis también puede desarrollarse después de una lesión cerebral o una cirugía cerebral. Una hinchazón en el área de la columna (ved osteosarcoma) puede ejercer presión sobre las meninges de la médula espinal conduciendo a la **mielitis**. Una gran hinchazón puede causar complicaciones serias.

Fuente: www.learninggnm.com

© LearningGNM.com
DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La información de este documento no reemplaza el consejo médico profesional.

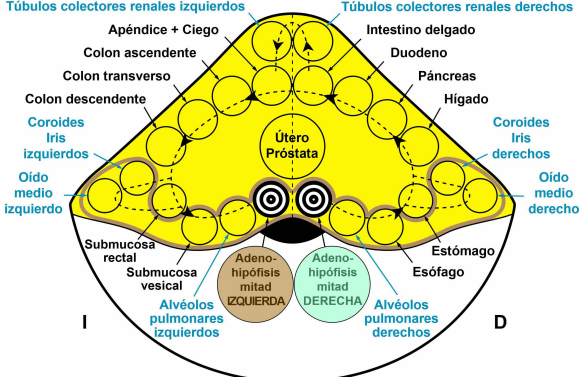


RELACIÓN TRONCO CEREBRAL – ÓRGANO

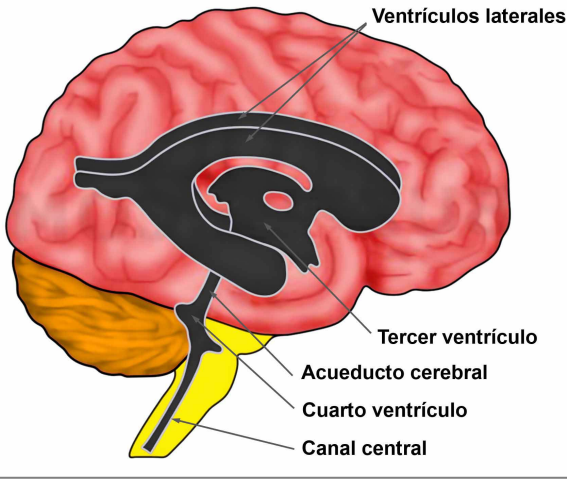


La barrera hematoencefálica separaba la sangre circulante del líquido cefalorraquídeo que circula dentro del sistema ventricular del cerebro.

TRONCO CEREBRAL vista superior

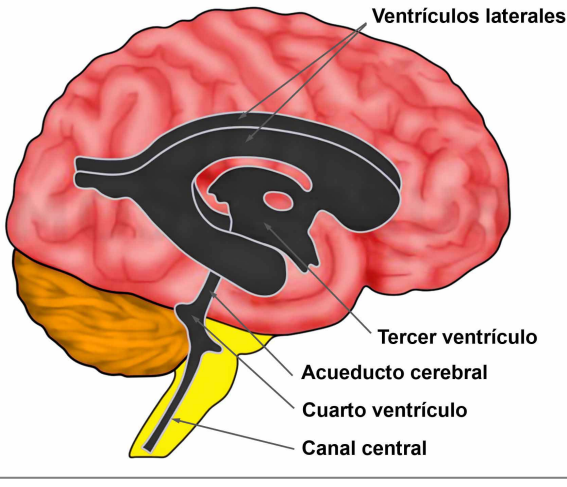


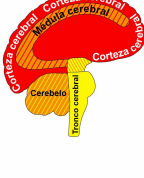
SISTEMA VENTRICULAR



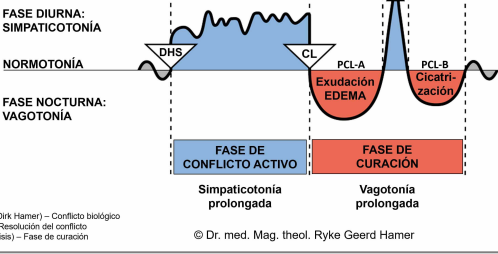


SISTEMA VENTRICULAR





Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		

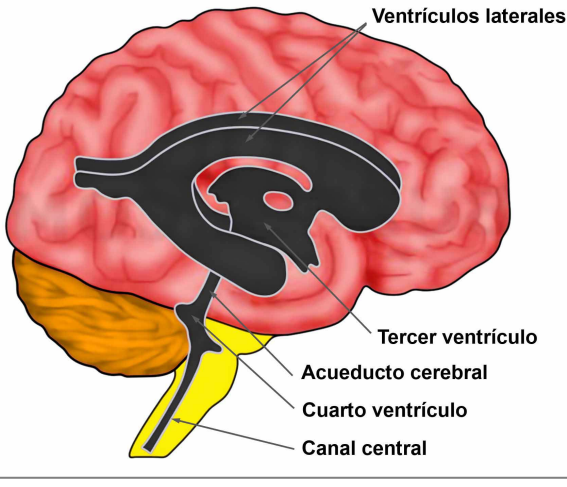


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

La barrera hematoencefálica separaba la sangre circulante del líquido cefalorraquídeo que circula dentro del sistema ventricular del cerebro.

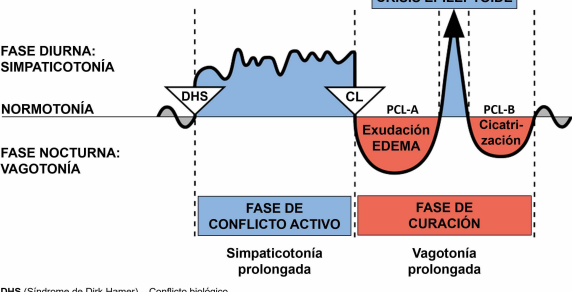
SISTEMA VENTRICULAR



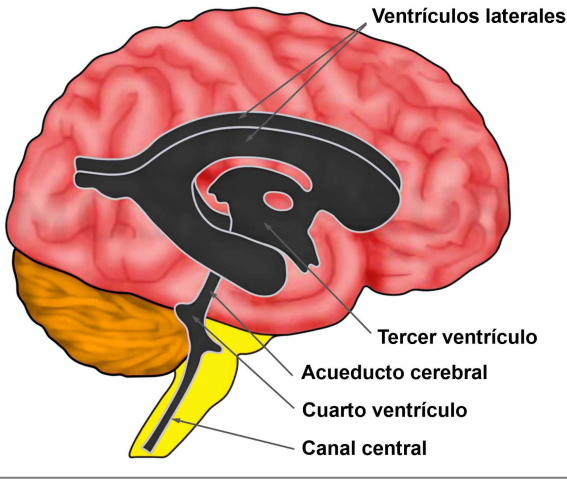
La barrera hematoencefálica separaba la sangre circulante del líquido cefalorraquídeo que circula dentro del sistema ventricular del cerebro.



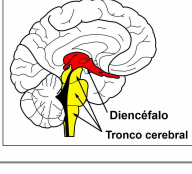
PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO



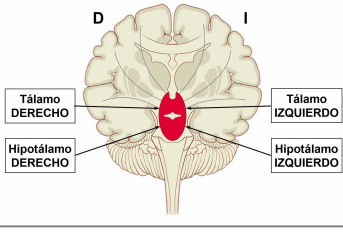
SISTEMA VENTRICULAR



DIENCÉFALO
vista lateral

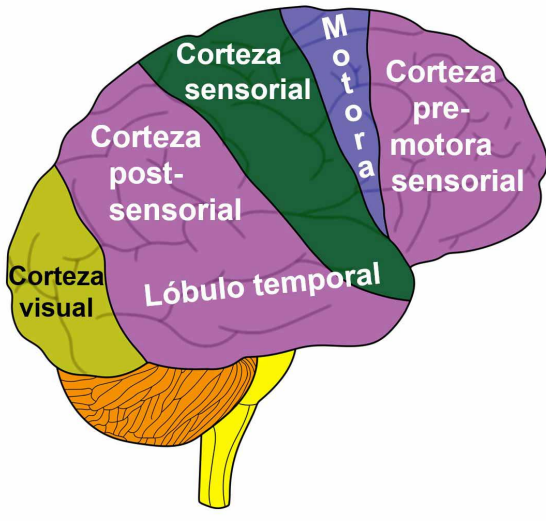


DIENCÉFALO
vista frontal

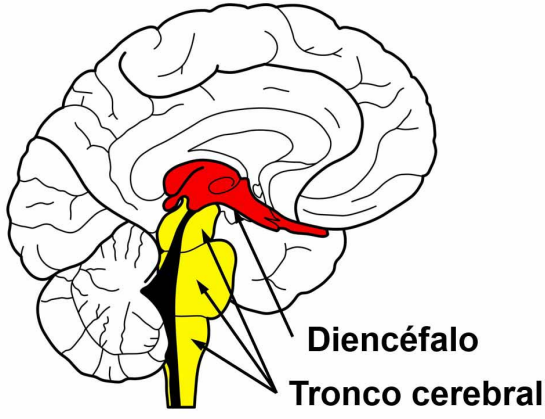


CORTEZA CEREBRAL

vista lateral



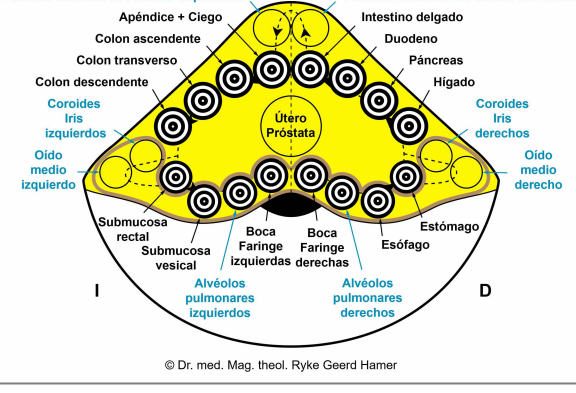
DIENCÉFALO vista lateral

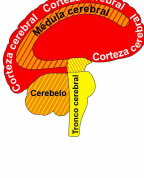


TRONCO CEREBRAL
vista superior

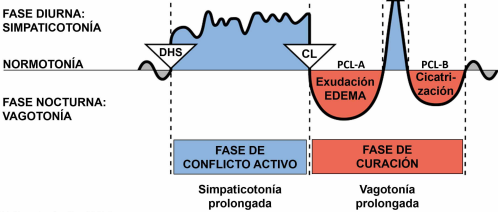
LADO IZQUIERDO DEL TRONCO CEREBRAL
Eliminación de heces
BOCADO SALIENTE

LADO DERECHO DEL TRONCO CEREBRAL
Ingestión y digestión de alimentos
BOCADO ENTRANTE





Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



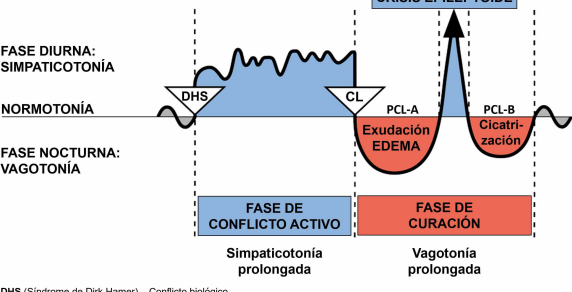
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

La barrera hematoencefálica separaba la sangre circulante del líquido cefalorraquídeo que circula dentro del sistema ventricular del cerebro.

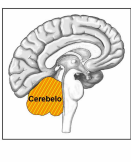


PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO

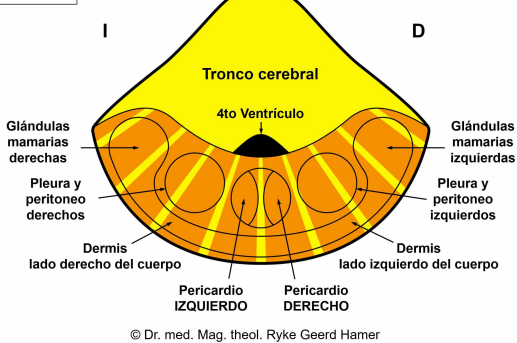


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



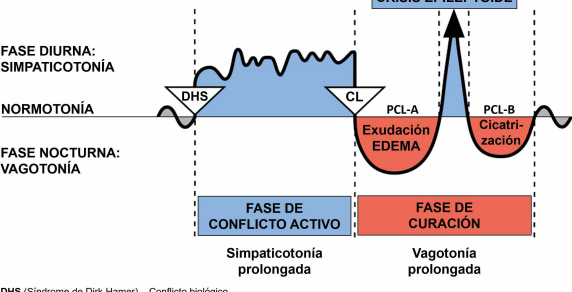
RELACIÓN CEREBELO – ÓRGANO



© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

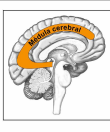


PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO

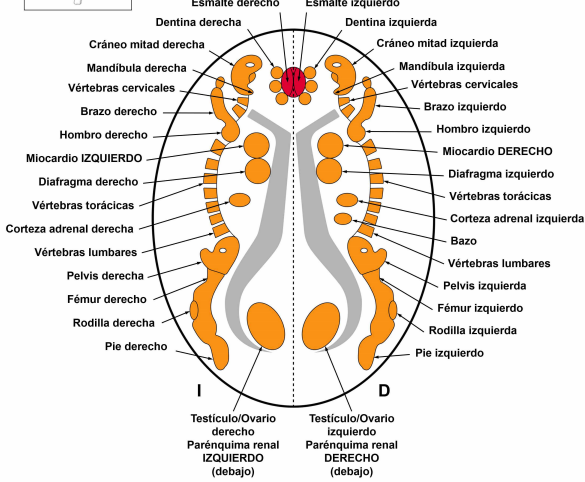


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

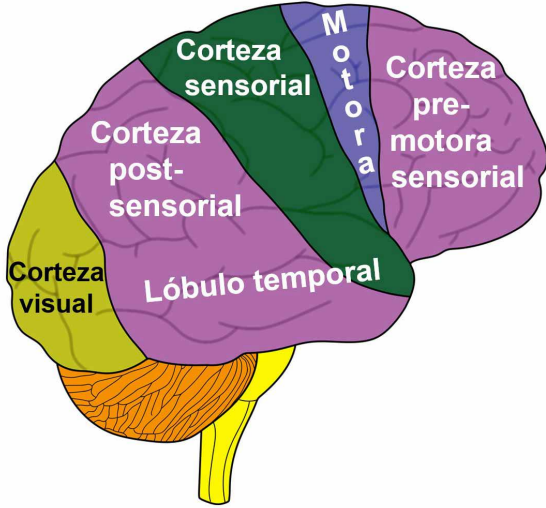


RELACIÓN MÉDULA CEREBRAL – ÓRGANO



CORTEZA CEREBRAL

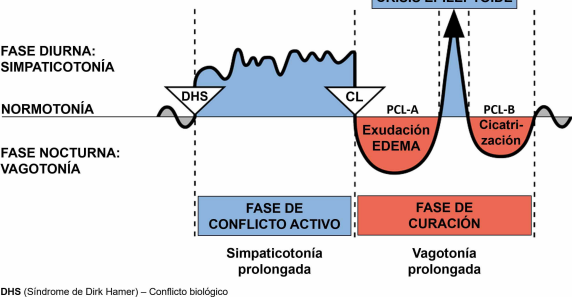
vista lateral



La barrera hematoencefálica separaba la sangre circulante del líquido cefalorraquídeo que circula dentro del sistema ventricular del cerebro.

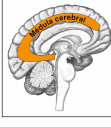


PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO

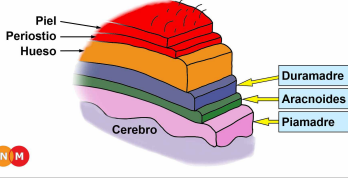


© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

MENINGES

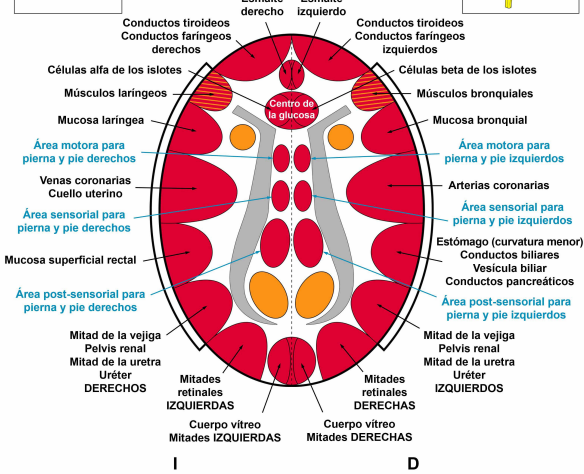


G N M





RELACIÓN CORTEZA CEREBRAL – ÓRGANO

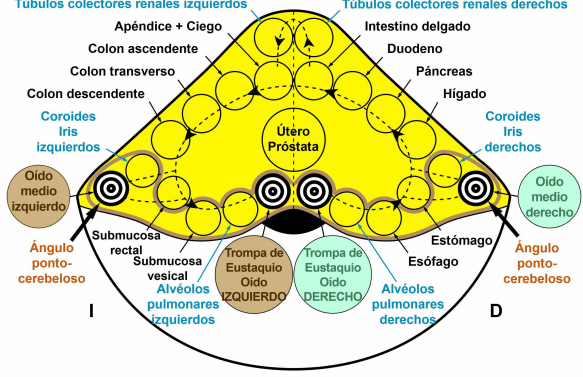


I

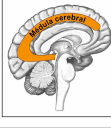
D

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

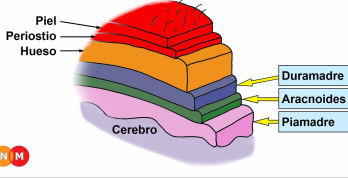
TRONCO CEREBRAL vista superior



MENINGES

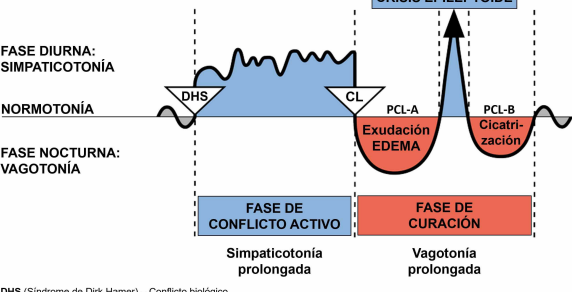


G N M





PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO



© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer