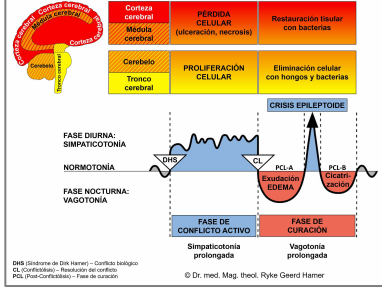




PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

OÍDOS

escrito por Caroline Markolin,
Ph.D.



Oído medio y trompas de Eustaquio

Músculo estapedio

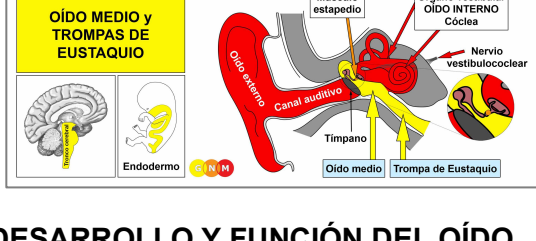
Oído interno – Cóclea

Oído interno – Órgano vestibular

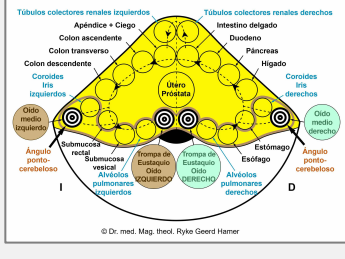
Oído externo y canal auditivo

Cartílago de la oreja

Rev. 1.03



DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL OÍDO MEDIO Y TROMPAS DE EUSTAQUIO: El oído consta de una parte central y una periférica separadas por el tímpano o la membrana timpánica. Las ondas sonoras capturadas del entorno externo por el oído externo son primero transformadas por la membrana timpánica en vibraciones mecánicas, que se transmiten a los **huesecillos** (martillo, yunque, estribo) que llevan el sonido hacia el oído interno. Desde allí, las ondas acústicas pasan a lo largo del nervio vestibulococlear hasta el cerebro para su interpretación. Las trompas de Eustaquio conectan el oído medio con la boca y la nasofaringe. Ayudan a mantener la presión del aire en los oídos al nivel adecuado. En términos evolutivos, el oído medio y las trompas de Eustaquio se desarrollaron a partir de la mucosa intestinal de la garganta original. Igual que las células intestinales que absorben (cualidad absorbente) y digieren (cualidad secretora) el “bocado de comida”, la función biológica del oído medio y las trompas de Eustaquio es “insalivar” y “digerir” el “bocado de sonido”. El oído medio y las trompas de Eustaquio constan de epitelio cilíndrico intestinal, se originan del endodermo y, por lo tanto, se controlan desde el tronco cerebral.



NIVEL CEREBRAL: En el **tronco cerebral**, el oído medio y las trompas de Eustaquio tienen cada uno dos centros de control, posicionados muy cerca de los relés cerebrales de los órganos del canal alimentario.

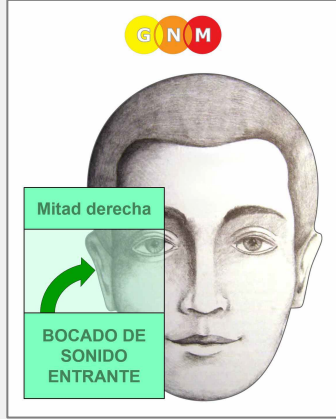
El oído medio derecho y la trompa de Eustaquio derecha se controlan desde el lado derecho del tronco cerebral; el oído medio izquierdo y la trompa de Eustaquio izquierda se controlan desde el hemisferio izquierdo del tronco cerebral. No existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano. Los centros de control del oído medio se ubican lateralmente, en el margen del tronco cerebral y el cerebelo (conocido como ángulo ponto-cerebeloso). Es desde esta área desde donde emerge el nervio vestibulococlear.

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 ligado al oído medio y trompas de Eustaquio es un “**conflicto de bocado**”, específicamente, un conflicto relacionado con un “**bocado de sonido**”.

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.

OÍDO MEDIO DERECHO Y TROMPA DE EUSTAQUIO DERECHAS



Equivalente a la mitad derecha de la boca y la faringe, el **oído medio y la trompa de Eustaquio del oído derecho** se correlacionan con un “**bocado entrante**” y con “**no poder atrapar un bocado de sonido**”.

El “sonido” deseado puede referirse a la voz de una persona en particular. Los recién nacidos y los bebés sufren el conflicto cuando no pueden “captar” la voz tranquilizadora de la madre. Un elogio (en la escuela, en casa, en el trabajo), un reconocimiento, una aprobación, un ofrecimiento, un cumplido, una propuesta, una promesa, una disculpa, una confesión o el bocado-“Te Amo” que uno está babeando por escuchar podría activar el conflicto. En términos biológicos, el “bocado de sonido” es igual a la nutrición. También se puede experimentar un conflicto auditivo cuando se escuchó un mensaje importante (un anuncio) o un sonido (timbre del teléfono, vigilabebés, sirena u otras señales acústicas de advertencia) causando una sensación desagradable. El tan deseado “bocado de sonido” también podría ser el “sonido del silencio”.

OÍDO MEDIO IZQUIERDO Y TROMPA DE EUSTAQUIO IZQUIERDAS



Equivalente a la mitad izquierda de la boca y faringe, el **oído medio y la trompa de Eustaquio del oído izquierdo** se relacionan con un “**bocado saliente**” y con “**no poder eliminar un bocado de sonido**” (originalmente, el bocado de heces).

Este “bocado de sonido” no deseado se relaciona con cualquier “suciedad acústica” que uno quiere “evacuar”, por ejemplo, un insulto, agresiones verbales, una acusación, quejas, regaños, críticas, noticias angustiosas, escuchar algo perturbador, la voz de un molesto jefe, colega, padre o cónyuge o, para un recién nacido, la voz de un extraño.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: A partir del DHS, durante la fase de conflicto activo, las células del oído medio o de la trompa de Eustaquio proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es poder absorber mejor (oído derecho) o expulsar (oído izquierdo) el “bocado de sonido”. Por lo tanto, durante la actividad conflictiva, la capacidad de audición se mejora (en la Naturaleza, escuchar la aproximación de un depredador u otros peligros potenciales es esencial para la supervivencia). Si el conflicto persiste, se desarrolla un crecimiento plano (tipo absorbente) o compacto (tipo secretor) en el oído. Con una actividad conflictiva prolongada, la acumulación celular podría llenar completamente el oído medio u ocluir la trompa de Eustaquio. Las trompas de Eustaquio transportan aire desde la parte posterior de la nariz al oído medio para igualar la presión del oído. Una vez que se bloquea una trompa de Eustaquio, el vacío creado en el oído empuja el tímpano hacia adentro, lo que dificulta la audición, ya que el **tímpano retraído** ya no puede vibrar.

Como resultado, el **oído se siente bloqueado**.

FASE DE CURACIÓN: Después de la resolución del conflicto ([CL](#)), los hongos o las micobacterias, como la bacteria de la tuberculosis (TB), eliminan las células que ya no son necesarias. **Los síntomas de curación son secreción de oído y dolores de oído** debido a la hinchazón con cierto grado de pérdida de audición. Esto se denomina comúnmente **infección del oído medio** (otitis media). Cuando la curación tiene lugar en la trompa de Eustaquio, la secreción que fluye hacia el oído medio simula una “infección del oído medio”. La **candidiasis en el oído** ocurre cuando los hongos asisten el proceso de curación.

NOTA: El nervio vestibulococlear atraviesa los relés cerebrales del oído medio. Por tanto, una infección del oído medio se acompaña de una **pérdida del sentido del equilibrio** (ved también neuroma acústico y vértigo relacionado con el oído interno), lo que no ocurre cuando las trompas de Eustaquio están curándose.

Si los microbios requeridos no están disponibles en el momento de la resolución del conflicto, porque fueron destruidos por el uso excesivo de antibióticos, las células adicionales permanecen. Eventualmente, el crecimiento se encapsula con tejido conectivo. En la medicina convencional, esto generalmente se diagnostica como un **pólipo del oído**.

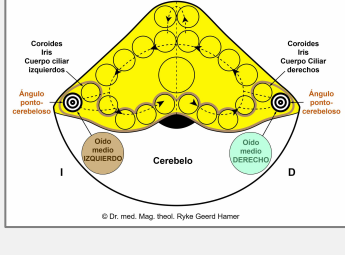
Las “infecciones” de oído crónicas o recurrentes indican que el conflicto auditivo no se ha resuelto por completo (curación pendiente). La reparación constante del tejido puede conducir a una **perforación del tímpano** con pus que sale continuamente del oído medio. Eventualmente, la **capacidad de audición se deteriora** (comparad con la pérdida de audición relacionada con el oído interno). A menudo, la angustia de “no poder atrapar un bocado” desencadena más conflictos auditivos que empeoran la condición. Por lo tanto, aprender GNM *antes* de que aparezcan los síntomas es una [verdadera medicina preventiva](#).

Las dificultades de audición generan fácilmente un conflicto de desvalorización de sí mismo que involucran los huesos pequeños del oído medio ([martillo](#), [yunque](#), [estribo](#)). Con el tiempo, la calcificación continua de los huesecillos causa **otosclerosis**, lo que contribuye a la pérdida de audición.



Un conflicto de desvalorización de sí mismo también puede afectar el mastoideo, el hueso que sobresale ubicado detrás de la oreja, lo que resulta en **mastoiditis**. Por tanto, una infección del oído medio con problemas temporales de audición suele ir acompañada de una inflamación del mastoideo. La teoría estándar de que la “infección se propaga” desde el oído medio (endodermo) hasta el hueso mastoideo (mesodermo nuevo) no tiene base científica.

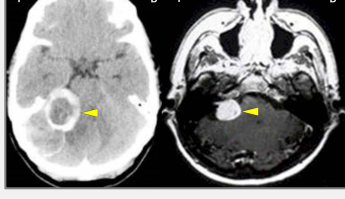
NEUROMA ACÚSTICO: Según la medicina convencional, un neuroma acústico es un “tumor cerebral” (glioma) en el nervio acústico (comparad con el neuroma óptico). El “tumor” también se denomina “**schwannoma vestibular**”, ya que el crecimiento consiste, además de la neuroglia, de las llamadas “células de Schwann”, un cierto tipo de células gliales. Debido a la afectación del nervio vestibulococlear, un síntoma típico de un neuroma acústico es, además de la pérdida de audición, una **pérdida del sentido del equilibrio** (ved también vértigo relacionado con el oído interno).



El nervio auditivo o vestibulococlear sale del tronco cerebral en el ángulo ponto-cerebeloso, el área de transición entre el tronco cerebral y el cerebelo, desde donde asciende para suministrar el oído interno. Es precisamente en este límite desde donde se controlan el oído medio derecho e izquierdo y donde se encuentran los neuromas acústicos.

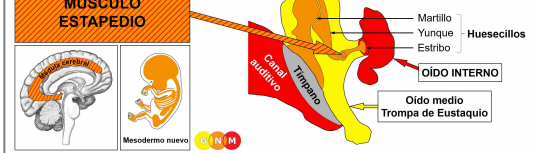
NOTA: Cuando un edema en los relés cerebrales de la coroides, iris, cuerpo ciliar o en la glándula mamaria presiona el centro de control del oído medio, esto también causa problemas de equilibrio (vértigo) ya que el nervio vestibulococlear que regula la sensación de equilibrio y movimiento corre a través de los relés cerebrales del oído medio. Un análisis exhaustivo del escáner cerebral revelará la causa exacta del síntoma.

En términos de GNM, un neuroma acústico es neuroglia (tejido conectivo cerebral) que prolifera durante la segunda parte de la fase de curación (**PCL-B**) para restaurar el área del cerebro que había recibido el impacto del conflicto auditivo.



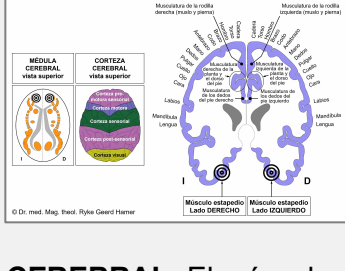
La TC de la izquierda muestra un anillo de glía en el relé cerebral que controla el oído medio izquierdo (consulte el diagrama de la GNM anterior) que indica el comienzo de **PCL-B**. El escáner cerebral de la derecha muestra un proceso de curación avanzado. En la medicina convencional, se asume erróneamente que la acumulación de glía es un “tumor cerebral”.

NOTA: ¡La neuroglia (visible como blanca en una TC) comienza a restaurar el relé cerebral desde la *periferia*! Esto está en clara contradicción con la teoría establecida de que un cáncer, incluido un “cáncer de cerebro”, crece a través del aumento celular continuo que conduce a la formación de un tumor.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL MÚSCULO ESTAPEDIO: El oído medio contiene tres huesos diminutos u huesecillos (martillo, yunque, estribo) que transportan el sonido recibido desde el canal auditivo hasta el oído interno. El músculo estapedio, unido al estribo, es fundamental para reducir la transmisión del sonido. En circunstancias normales, el estapedio está relajado permitiendo que los sonidos del entorno externo se perciban con claridad. Sin embargo, cuando un ruido intenso y repentino llega al oído, el músculo se contrae para amortiguar el sonido y proteger el oído interno de daños. El músculo estapedio consta de músculos estriados, se deriva del mesodermo nuevo y se controla desde la médula cerebral y la corteza motora.

NOTA: Durante el sueño, el organismo se encuentra en un estado natural de reposo (vagotonía), salvo las sensibilidades sensoriales como la audición, que se potencian para tomar conciencia al instante de los peligros potenciales. Por lo tanto, en la vagotonía, el músculo estapedio está relajado para captar el menor ruido del entorno.



NIVEL CEREBRAL: El músculo estapedio tiene dos centros de control en el cerebro. La función trófica del músculo, responsable de la nutrición del tejido, se controla desde la **médula cerebral**; la contracción del músculo se controla desde la **corteza motora** (parte de la corteza cerebral). El músculo estapedio del oído derecho se controla desde el lado izquierdo del cerebro; el músculo estapedio del oído izquierdo se controla desde el hemisferio cerebral derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (ved el diagrama de la GNM que muestra el **homúnculo motor**).

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado al músculo estapedio es, según su función, un **conflicto de ruido** desencadenado por ruidos insoportables como golpes fuertes, estallidos, explosiones, disparos, sirenas a todo volumen, música con niveles muy altos de decibelios, un grito agudo, un grito desgarrador, y semejantes.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **pérdida celular (necrosis) del tejido muscular del estapedio** (controlado desde la médula cerebral) y, proporcionalmente al grado de actividad conflictiva, incremento de la **parálisis del estapedio** (controlada desde la corteza motora) causando **hiperacusia** con una disminución de la tolerancia al sonido, mientras que los sonidos normales son percibidos como muy fuertes (ved también hiperacusia con parálisis facial).

NOTA: Los músculos estriados pertenecen al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado con pérdida funcional (ved también los Programas Especiales Biológicos de las células de los islotes del páncreas (células alfa de los islotes y células beta de los islotes), oído interno (cóclea y órgano vestibular), nervios olfatorios, retina y cuerpo vítreo de los ojos) o hiperfunción (periostio y tálamo).

FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación, se reconstruye el músculo estapedio. La parálisis (hiperacusia) llega hasta **PCL-A**. La Crisis Epileptoide se manifiesta como **espasmos de los músculos estapediales** (equivalentes a una convulsión focal) que crean una sensación dolorosa de aleteo en el oído. En **PCL-B**, la función del estapedio vuelve a la normalidad.

NOTA: Todos **los órganos que derivan del mesodermo nuevo** (“grupo excedente”), incluido el músculo estapedio, muestran el **propósito biológico al final de la fase de curación**. Una vez se ha completado el proceso de curación, el órgano o tejido es más fuerte que antes, lo que permite estar mejor preparado para un conflicto del mismo tipo.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA CÓCLEA: La cóclea es una cavidad en forma de espiral en el oído interno. Es el órgano sensorial de la audición en sí. La cóclea recibe las ondas sonoras del oído externo y del canal auditivo y las convierte en impulsos eléctricos que se transmiten al cerebro a través del nervio auditivo para su interpretación. El nervio auditivo, o nervio vestibulococlear, se divide en la rama vestibular, que se ocupa del equilibrio y el movimiento, y una división coclear responsable de la audición. La cóclea se origina del ectodermo y, por tanto, se controla desde la corteza cerebral.

NIVEL CEREBRAL: La cóclea se controla desde la **corteza post-sensorial** (parte de la corteza cerebral). La cóclea del oído derecho se controla desde el lado izquierdo de la corteza; la cóclea del oído izquierdo se controla desde el hemisferio cortical derecho (temporo-basal). Por tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: La cóclea comparte los relés de control con el órgano vestibular.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a la cóclea del oído interno es un **conflicto auditivo** experimentado como **“¡No quiero oír esto!”**. Ruidos agravantes como el ladrido de un perro, un niño que grita, ruido de construcción (martillos neumáticos, motosierras, generadores), ruido del tráfico (camiones ruidosos, sirenas de ambulancias, camiones de bomberos o coches de policía), vecinos ruidosos, cortadoras de césped, podadoras de césped, ruidos fuertes o música molesta, la molesta voz de una persona o algo molesto que se ha dicho (**“¡No puedo creer lo que acabo de oír!”**) son ejemplos de lo que podría desencadenar el conflicto. A menudo, los conflictos auditivos ocurren **por teléfono**. Los músicos y amantes de la música con

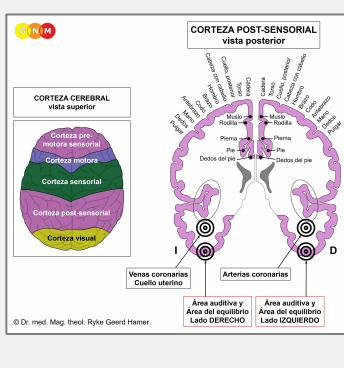
oídos muy finos pueden sufrir un conflicto auditivo durante una interpretación musical deficiente. Para alguien que es sensible al ruido, el ruido más pequeño puede causar molestias relacionadas con el oído.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: pérdida funcional de la rama coclear del nervio vestibulococlear que da como resultado la percepción de sonidos en uno o ambos oídos sin una fuente externa. Esta condición se llama **tinnitus** (comparad con la hiperacusia causada por un conflicto de ruido, relacionado con el músculo estapedio).

NOTA: La cóclea (oído interno) pertenece al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado no con proliferación celular o pérdida celular sino con hiperfunción (ved periostio y tálamo) o pérdida funcional (ved también los Programas Especiales Biológicos del órgano vestibular (oído interno), 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), músculos esqueléticos).

El timbre, zumbido, susurro, silbido, chasquido, tintineo, rugido y similares, es una frecuencia del sonido asociado con el conflicto auditivo. El **propósito biológico del tinnitus** es ser una señal de advertencia que diga “la última vez que escuchaste esto, estabas en peligro. ¡Cuidado!”. Esto explica la variedad de sonidos que escuchan las personas con tinnitus. Dependiendo de la magnitud del conflicto, los sonidos o ruidos pueden ser leves y solo perceptibles en una habitación silenciosa o volverse extremadamente fuertes y causar dificultades para escuchar los sonidos externos (comparad con la pérdida de audición en la fase de curación). Una persona también puede escuchar sonidos completos o ruidos como el ruido del motor, el timbre de un teléfono, una melodía musical (“tinnitus musical”) o una oración o palabra recurrente (“la palabra tinnitus”). Si el tinnitus está presente todo el tiempo, esto indica que el conflicto no se ha resuelto. Potencialmente, el sonido del tinnitus en sí mismo causa un conflicto auditivo, lo que lleva a una condición crónica (conflicto pendiente).

NOTA: Si la cóclea del oído interno derecho o izquierdo está afectada depende de la lateralidad de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.



Los relés cerebrales del oído interno están ubicados justo debajo de los centros de control de las arterias y las venas coronarias/cuello uterino, que se asignan a un conflicto de pérdida territorial masculino y un conflicto sexual femenino, respectivamente. Por lo tanto, el conflicto auditivo (“¡No quiero oír esto!”) que involucra a la cóclea también puede tener un aspecto territorial o sexual (la voz de un “depredador” o rival en el territorio, las voces de las personas que discuten en la casa; la voz de un abusador sexual, escuchar a los padres tener relaciones sexuales, escuchar que la pareja sexual de uno fue infiel). Lo mismo se aplica al órgano vestibular. El hecho de que el conflicto se experimente de manera masculina o femenina está determinado por el género, la lateralidad y el estado hormonal de una persona.

Cuando dos conflictos auditivos están asociados con sonidos y ruidos, la persona desarrollará un doble **“sonido de tinnitus”** afectando **ambos oídos**. Sin embargo, si uno de los dos conflictos o ambos fueron desencadenados por la(s) voz(es) de la(s) persona(s), esto conduce a **oír voces**. En la GNM llamamos a esto una **Constelación Auditiva**. La medicina convencional considera que oír voces es un trastorno mental (“esquizofrenia paranoide”). En el contexto de la GNM, oír voces es esencialmente un tinnitus doble con la diferencia de que en lugar de oír uno o más sonidos, una persona oye una o más voces. La(s) voz(es) corresponde(n) a aquella(s) que se oyó/eron cuando ocurrieron los conflictos auditivos original. Los conflictos auditivos traumáticos pueden resultar en delirios auditivos graves.



Síndrome de Down: El Dr. Hamer hizo el descubrimiento pionero de que el síndrome de Down no es, como se supone, causado por una trisomía 21 (un tercer cromosoma unido al par de genes 21) o mosaicismo (algunas células tienen trisomía 21, otras tienen el número típico de cromosomas) pero por conflictos biológicos experimentados por el feto, precisamente, por un **doble conflicto auditivo** que se produjo dentro de los primeros tres meses del embarazo (ved el artículo de GNM “Entendiendo las ‘enfermedades genéticas’” y cómo una niña de cuatro años superó la condición mediante la aplicación de la Germánica Nueva Medicina).

NOTA: Una Trisomía se puede determinar antes de la concepción, ya que es un hecho que ya ocurre en el óvulo o en el espermato. Sin embargo, hay niños que tienen una [Trisomía 21 sin los síntomas y rasgos característicos del síndrome de Down](#) (*Journal of Medical Genetics*, julio de 1997).

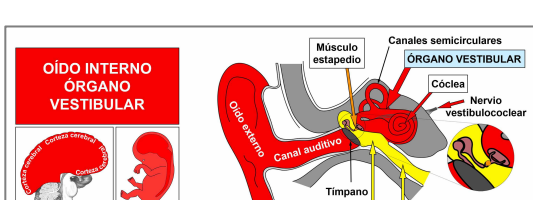
FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación ([PCL-A](#)) el volumen del sonido del tinnitus disminuye. Sin embargo, la hinchazón creada por el edema (acumulación de fluido) en el oído interno causa, por el momento, **deterioro de la audición** (pérdida de las frecuencias del sonido del tinnitus) o **pérdida de audición** en el oído afectado (comparad con el deterioro de audición relacionado con el oído medio). Una vez que se ha expulsado el edema (durante la Crisis Epileptoide), la capacidad de audición vuelve lentamente a la normalidad, siempre que no haya recaídas en el conflicto. Los desencadenantes que reactivan un conflicto auditivo también pueden ser un olor (el olor del “mensajero”) o un raíl visual (el sitio de la fuente acústica). Con una curación pendiente, el tejido del oído interno eventualmente se desgasta y conduce a la larga a la sordera. Por eso es importante identificar y resolver el conflicto original lo antes posible.



Esta TC muestra un anillo edematoso (edema perifocal e intrafocal) en el “relé de la audición” en el lado izquierdo de la corteza cerebral (ved flechas rojas – [ved el diagrama de la GNM](#)). De ahí el deterioro de la audición en el oído derecho (en [PCL-A](#)).

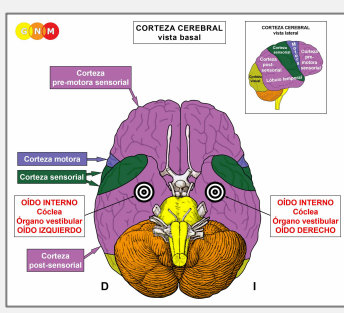
La flecha amarilla apunta a un edema en el centro de control del colon transversal (en el tronco cerebral). El “conflicto de bocado indigerible” relacionado probablemente ocurrió junto con el conflicto auditivo (para una persona diestra relacionado con una pareja).

Las dificultades de audición a menudo desencadenan conflictos de desvalorización de sí mismo debido a “no poder oír bien”. Esto afecta los huesos pequeños ([martillo](#), [yunque](#), [estribo](#)) en el oído medio, lo que puede resultar en una pérdida permanente de la audición (ved otosclerosis). El uso de un audífono mientras el oído interno pasar por la curación puede, por lo tanto, tener un efecto muy alentador.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL ÓRGANO VESTIBULAR: El sistema vestibular es la región del oído interno donde los canales semicirculares se unen con la cóclea. Es la parte del oído que regula la sensación de equilibrio y movimiento (la rama coclear del nervio vestibulococlear se encarga de la audición). El órgano vestibular se origina

del ectodermo y, por tanto, se controla desde la corteza cerebral.



NIVEL CEREBRAL: El órgano vestibular se controla desde la **corteza post-sensorial** (parte de la corteza cerebral). El órgano vestibular del oído derecho se controla desde el lado izquierdo de la corteza; el órgano vestibular del oído izquierdo se controla desde el hemisferio cortical derecho (temporo-basal). Por tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

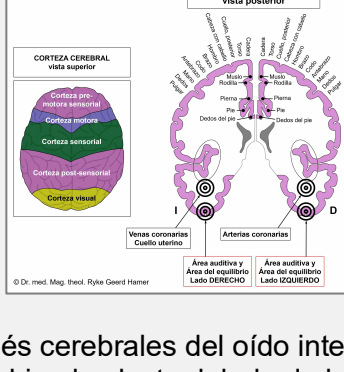
NOTA: El órgano vestibular comparte los relés de control con la cóclea.

CONFLICTO BIOLÓGICO: Según su función, el conflicto biológico ligado al órgano vestibular es un **conflicto de equilibrio**, más precisamente, un **conflicto de caída**. Cualquier caída (caída accidental en los deportes, en el trabajo, caer por las escaleras, resbalar en una superficie mojada o helada, caer de una escalera, tropezar con un cable) podría desencadenar el conflicto. Ciertas profesiones (constructores, trabajadores de la construcción, techadores), pero también los bebés y los ancianos, están en mayor riesgo. Las personas con ELA o EM, que tienen dificultades para mantener el equilibrio, a menudo viven con miedo a caerse; lo mismo ocurre con los epilépticos. El conflicto también se relaciona con ver a otra persona caer o derrumbarse (presenciar a alguien que sufre un derrame cerebral o un ataque cardíaco) o escuchar que un ser querido se cayó o “cayó muerto”. En un sentido transpuesto, el conflicto podría experimentarse como una “caída en desgracia” o como sentirse “abandonado”, digamos, después de una separación.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: pérdida funcional de la rama vestibular del nervio vestibulococlear que resulta en una pérdida del equilibrio, una condición llamada **vértigo** (ved también neuroma acústico y vértigo con una “infección del oído medio”).

NOTA: El órgano vestibular (oído interno) pertenece al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado no con proliferación celular o pérdida celular, sino con hiperfunción (ved periostio y tálamo) o pérdida funcional (ved también los Programas Especiales Biológicos de la cóclea (oído interno), 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), músculos esqueléticos).

El **síntoma** del vértigo es una **sensación de dar vueltas, balancearse o caer hacia un lado** (los “giros” de vértigo no deben confundirse con mareos aturdidos). Si la tendencia es a caer hacia la derecha o hacia la izquierda depende de lateralidad de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. Por lo tanto, si una persona diestra tiene un conflicto de caída relacionado con la madre, hay una tendencia a caer o girar hacia la izquierda, es decir, “hacia la madre” (con el Foco de Hamer en el lado derecho de la corteza); si el conflicto está relacionado con la pareja, la tendencia es a caer o girar hacia la derecha, es decir, “hacia la pareja” (con el Foco de Hamer en el lado izquierdo de la corteza). Para los zurdos, se invierte. Si el conflicto concierne a uno mismo, la caída o el giro siempre tiende al lado que se relaciona con el conflicto original. Por ejemplo, si el DHS fue una caída hacia la izquierda, el síntoma específico de vértigo es también una sensación de girar o caer hacia la izquierda.



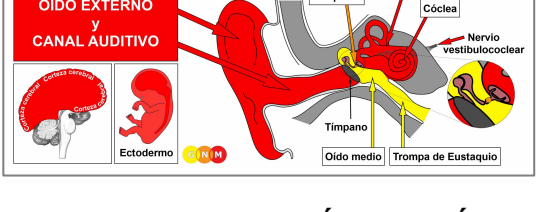
Los relés cerebrales del oído interno están ubicados justo debajo de los centros de control de las arterias y las venas coronarias/cuello uterino, que se asignan a un conflicto de pérdida territorial masculino y un conflicto sexual femenino, respectivamente. Por lo tanto, el conflicto de caída que involucra al órgano vestibular también puede tener

un aspecto territorial o sexual (sentirse “abandonado” por la pareja). Lo mismo se aplica a la cóclea. El hecho de que el conflicto se experimente de manera masculina o femenina está determinado por el género, la lateralidad biológica y el estado hormonal de una persona.

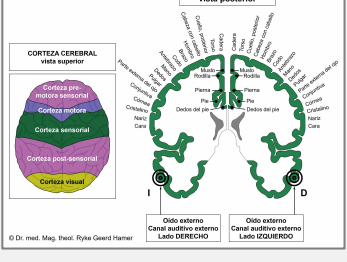
FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación, el mareo disminuye. La Crisis Epileptoide se manifiesta como un **ataque de vértigo** repentino, potencialmente con náuseas y vómitos intensos. El alcance de la Epi-Crisis está determinado por la intensidad y duración de la fase de conflicto activo. Los ataques de vértigo recurrentes se desencadenan al establecerse un raíl que se estableció cuando ocurrió el conflicto de caída original. El alcohol, por ejemplo, podría ser un raíl.

Si los **conflictos de caída** afectan al órgano vestibular de ambos oídos esto causa, en términos de GNM, una **Constelación de Vértigo**. Los **síntomas** son una postura y una marcha de base amplia e inestable con movimientos tambaleantes. El término médico para esta condición es **ataxia o ataxia de Friedreich**. La descoordinación física y la torpeza no es consecuencia de la debilidad muscular sino del desbalanceado equilibrio causado por el “doble vértigo”. Dado que los bebés y los ancianos tienen más probabilidades de sufrir conflictos de caída, la ataxia se desarrolla con más frecuencia en la infancia y en la edad adulta.

La enfermedad de Meniere, también conocida como **hidropesía endolinfática primaria**, es, según la medicina convencional, “un trastorno del oído interno que afecta el equilibrio y la audición”. Según la GNM, la afección es una combinación del conflicto de caída (que involucra el órgano vestibular) y un conflicto auditivo (que involucra la cóclea).

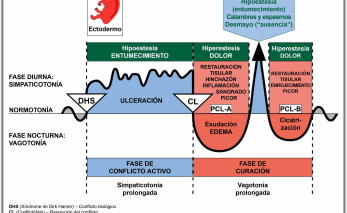


DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL OÍDO EXTERNO Y CANAL AUDITIVO: El canal auditivo se extiende desde el oído externo hasta el tímpano (membrana timpánica). El oído externo, o aurícula, está formado por cartílago cubierto de piel (dermis y epidermis). La función principal del oído externo es captar el sonido del entorno externo y llevarlo a través del canal auditivo hasta el oído medio, donde la onda acústica se transforma en vibraciones que llegan al oído interno. El revestimiento del oído externo y del canal auditivo consta de epitelio escamoso, se origina del ectodermo y, por lo tanto, se controla desde la corteza cerebral.



NIVEL CEREBRAL: El revestimiento epitelial del oído externo y el canal auditivo se controla desde la **corteza sensorial** (parte de la corteza cerebral). El oído externo y el canal auditivo del oído derecho se controlan desde el lado izquierdo de la corteza; el oído externo y el canal auditivo del oído izquierdo se controlan desde el hemisferio cortical derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (ved el diagrama de la GNM que muestra el **homúnculo sensorial**).

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado al oído externo y el canal auditivo es un “**conflicto de separación**” asociado con el oído. El conflicto se experimenta como una **pérdida de contacto con la piel en el oído externo**, incluido el lóbulo de la oreja, o como **no querer ser tocado en la oreja o dentro del oído** (lamiendo o besando el oído, procedimientos de examen auditivo desagradables, manipulación en el canal auditivo). Querer deshacerse de algo en el oído, por ejemplo, agua, también podría desencadenar el conflicto.



El Programa Especial Biológico del **oído externo y canal auditivo** sigue el **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LA PIEL EXTERNA** con hiposensibilidad durante la fase de conflicto activo y la Crisis Epileptoide e hipersensibilidad en la fase de curación.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

ulceración en el revestimiento epitelial del oído externo y/o del canal auditivo. Con una actividad conflictiva intensa o prolongada, la ulceración hace que la **piel se seque y se descame**; con una aguda actividad conflictiva, la piel sobre o dentro del oído se siente entumecida (ved Patrón de Sensibilidad de la Piel Externa más arriba).

NOTA: La dermis debajo de la piel externa que recubre el canal auditivo contiene glándulas sebáceas que producen cera en el oído. “Sentirse manchado” en el oído (escuchar palabras “sucias”) o un “conflicto de ataque” (palabras insultantes, por ejemplo, por teléfono) conducen a una **sobreproducción de cerumen** en la fase de conflicto activo.

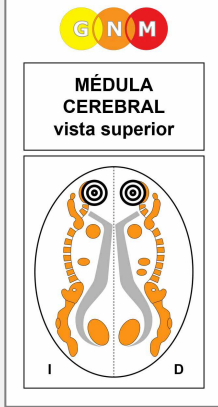
FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación, el área ulcerada se repone con nuevas células. Los síntomas de curación típicos son **picazón en los oídos** y, si el proceso de curación es más intenso, una **erupción cutánea** con **inflamación y enrojecimiento**. El proceso de curación en el canal auditivo puede ir acompañado de una secreción clara, comúnmente llamada “**oído de nadador**”. Una gran hinchazón, denominada **colesteatoma**, puede causar un bloqueo en el canal auditivo que resulta en dificultades de audición hasta que se completa el proceso de curación.

NOTA: Si la oreja derecha o izquierda 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 el área del oído que está asociada con el conflicto de separación.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL

CARTÍLAGO DE LA OREJA: El cartílago de la oreja le da su forma a ésta y al tercio exterior del canal auditivo. Consta de tejido conectivo elástico cubierto por una capa delgada, llamada pericondrio (a diferencia de otros tejidos conectivos, el cartílago no contiene vasos sanguíneos). El cartílago de la oreja se origina del mesodermo nuevo y, por lo tanto, se controla desde la médula cerebral.



NIVEL CEREBRAL: En la **médula cerebral**, el cartílago de la oreja derecha se controla desde el lado izquierdo del cerebro; el cartílago de la oreja izquierda se controla desde el hemisferio cerebral derecho. Por tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado al cartílago de la oreja es un **conflicto de desvalorización de sí mismo** asociado con la oreja (comparad con el conflicto de desvalorización de sí mismo relacionado con los huesecillos). Generalmente, el conflicto se vive como “mis oídos no valen nada”, digamos, por haberse perdido un importante mensaje. Tener problemas de audición y, por lo tanto, no poder seguir una conversación también puede causar el conflicto.

En línea con el razonamiento evolutivo, los **conflictos de desvalorización de sí mismo** son la temática principal de conflicto asociada con **órganos controlados por la médula cerebral** que derivan del mesodermo nuevo.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **necrosis (pérdida celular) del tejido del cartílago**, que pasa desapercibida.

FASE DE CURACIÓN: Durante la primera parte de la fase de curación (**PCL-A**) la pérdida de tejido se repone a través de la **proliferación celular** con **hinchazón** debido al edema (acumulación de fluido). Si hay bacterias disponibles, asistirán el proceso de curación. Con una inflamación, la condición se llama **pericondritis**.



Dado que el lóbulo de la oreja no está compuesto de cartílago, la inflamación se limita a la aurícula.

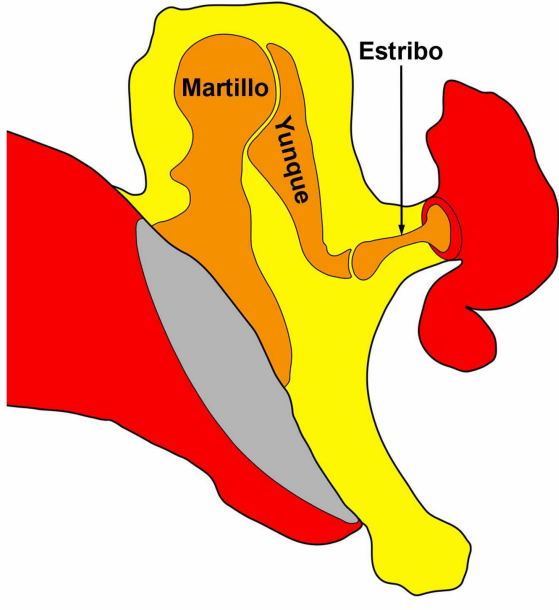
NOTA: Si la oreja derecha o izquierda se ve afectada está determinado por la lateralidad biológica de una persona y si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. Un conflicto localizado afecta el oído asociado con el conflicto de desvalorización de sí mismo.

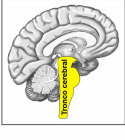
Fuente: www.learninggnm.com

© LearningGNM.com

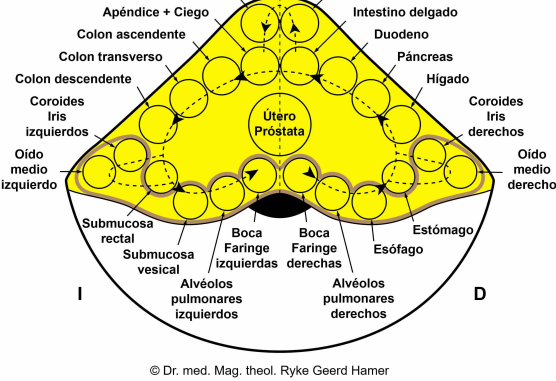
DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La información de este documento no reemplaza el consejo médico profesional.

HUESECILLOS

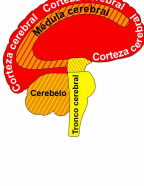




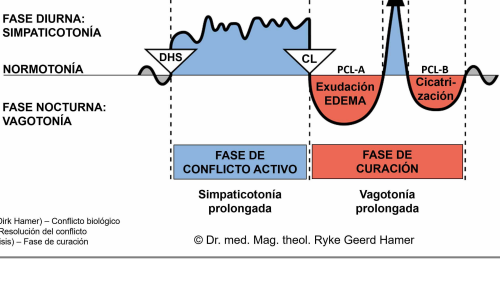
RELACIÓN TRONCO CEREBRAL – ÓRGANO



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



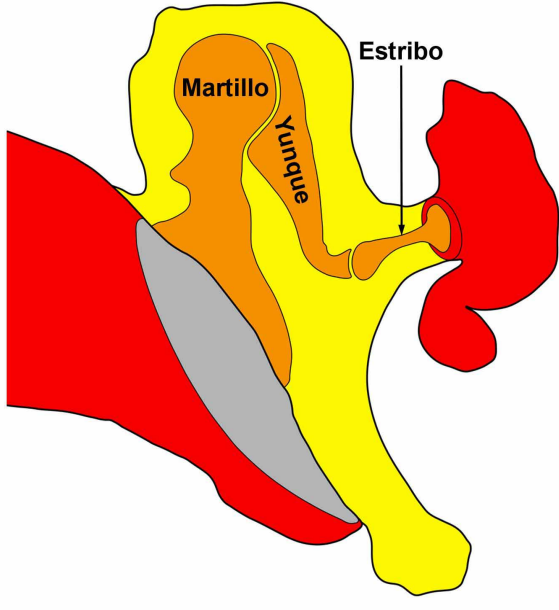
Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



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

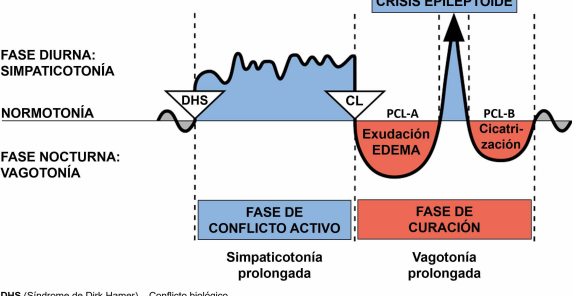
HUESECILLOS





PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

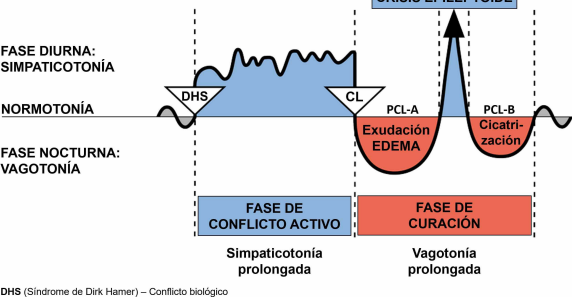
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

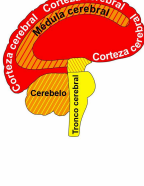
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



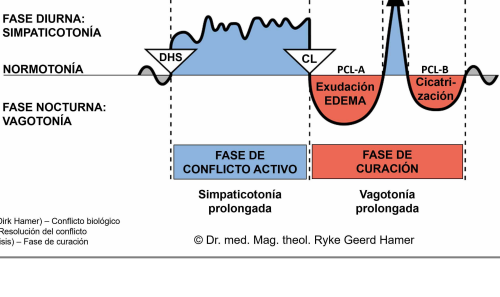
PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO



El homúnculo es una representación de diferentes divisiones anatómicas del cuerpo.



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

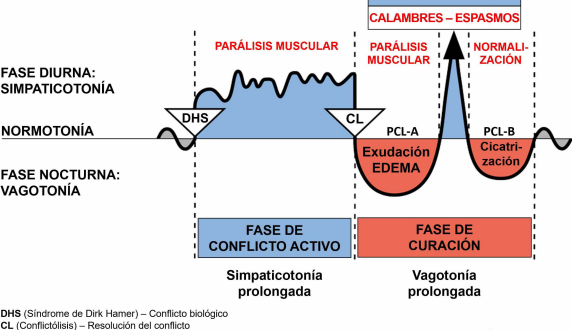
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

MÚSCULOS ESTRIADOS

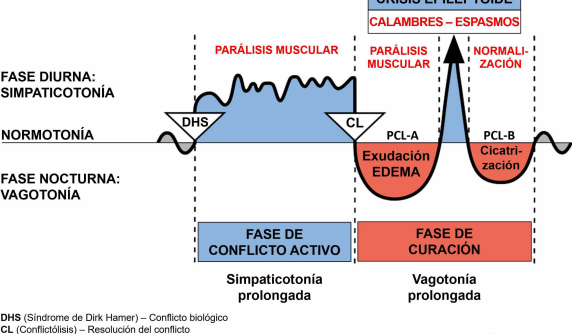




PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

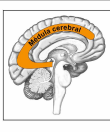
PATRÓN BIFÁSICO

MÚSCULOS ESTRIADOS

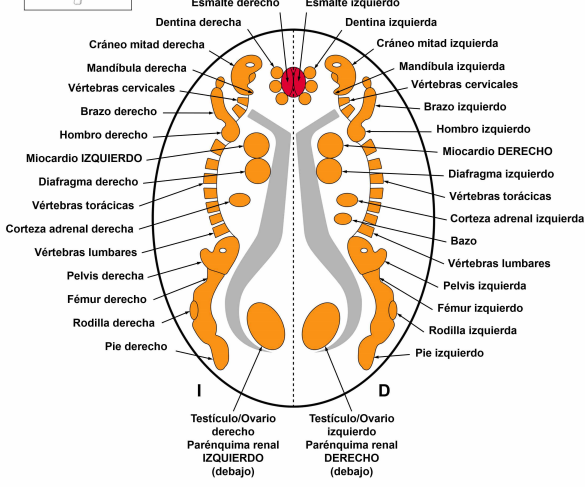


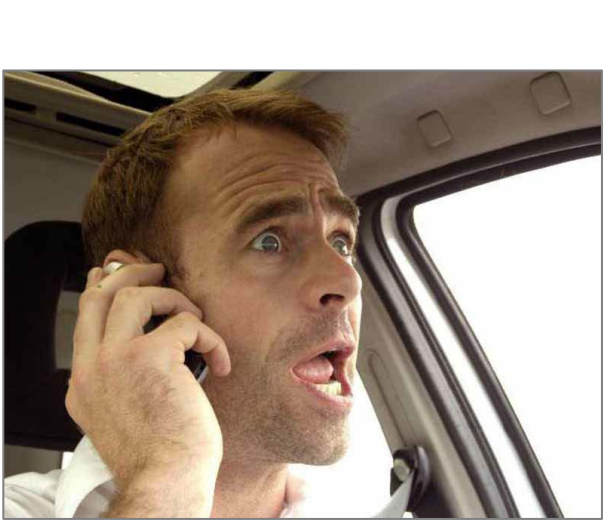
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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



RELACIÓN MÉDULA CEREBRAL – ÓRGANO

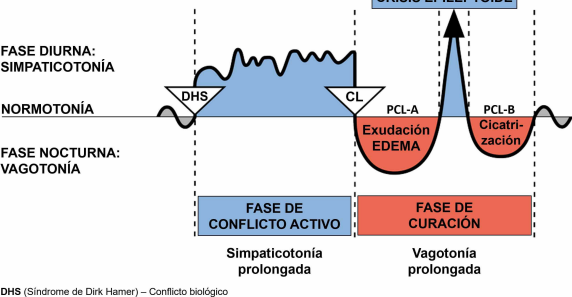




En términos de GNM, una “constelación” significa que una persona está en conflicto activo con dos conflictos que involucran el lado derecho e izquierdo del cerebro.



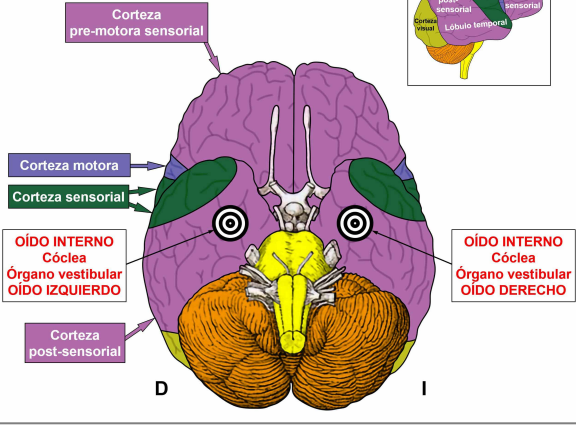
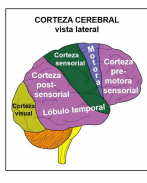
PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO



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

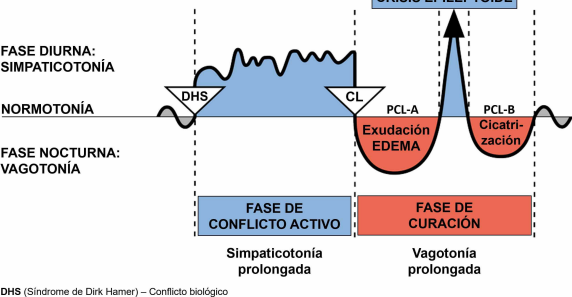
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

**CORTEZA CEREBRAL
vista basal**





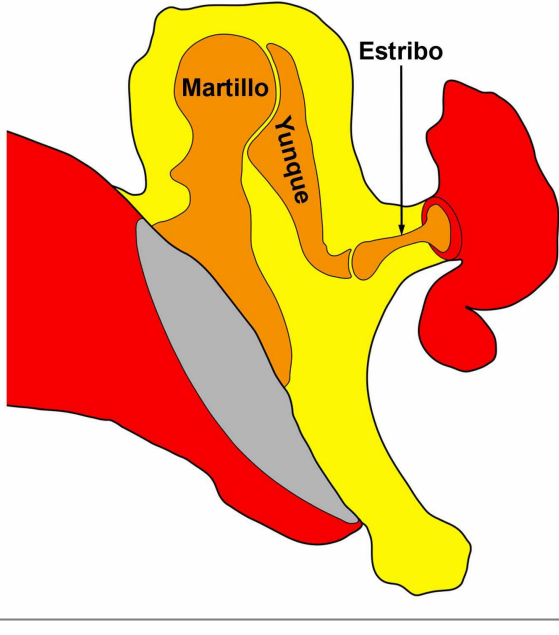
PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO



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

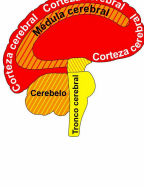
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

HUESECILLOS

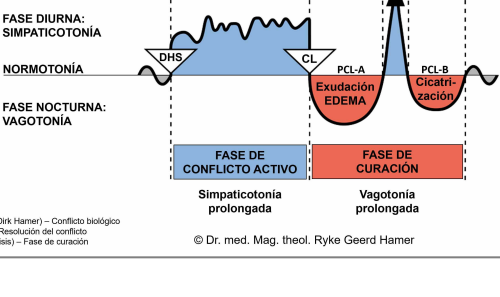


En términos de GNM, una “constelación” significa que una persona está en conflicto activo con dos conflictos que involucran el lado derecho e izquierdo del cerebro.

El homúnculo es una representación de diferentes divisiones anatómicas del cuerpo.



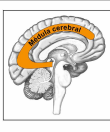
Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



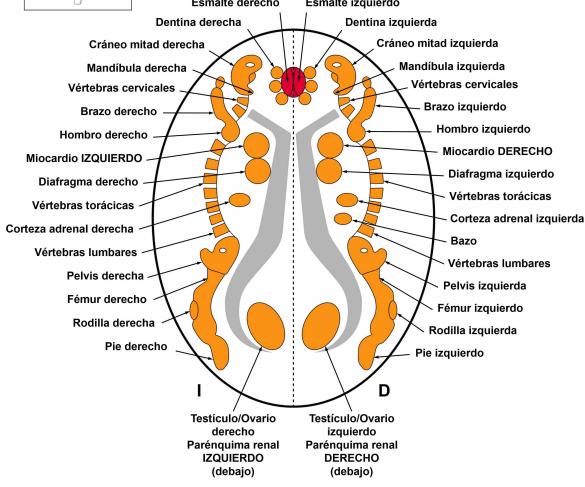
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

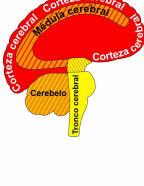
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



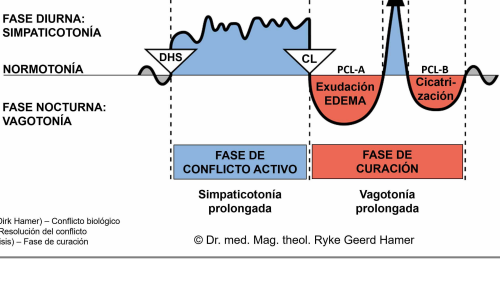


RELACIÓN MÉDULA CEREBRAL – ÓRGANO





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



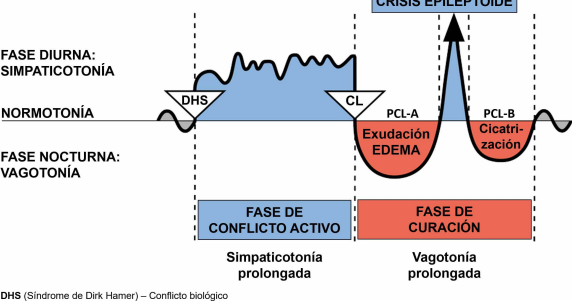
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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



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