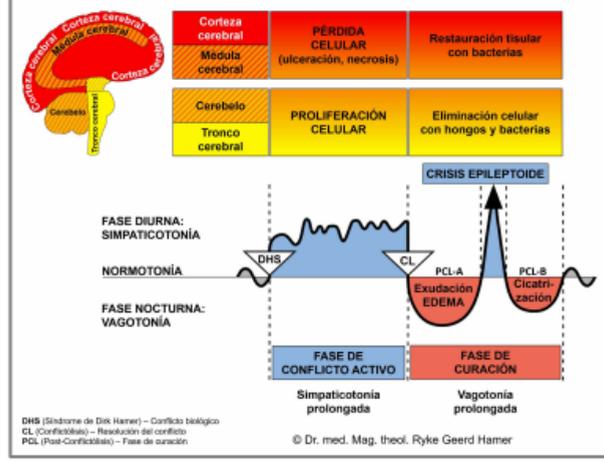




# PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

## ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS

escrito por Caroline Markolin, Ph.D.



### Útero y trompas de falopio

#### Músculos del útero

#### Embarazo

#### Células germinales

#### Ovarios (intersticio)

#### Cuello uterino

#### Músculos cervicales y esfínter cervical

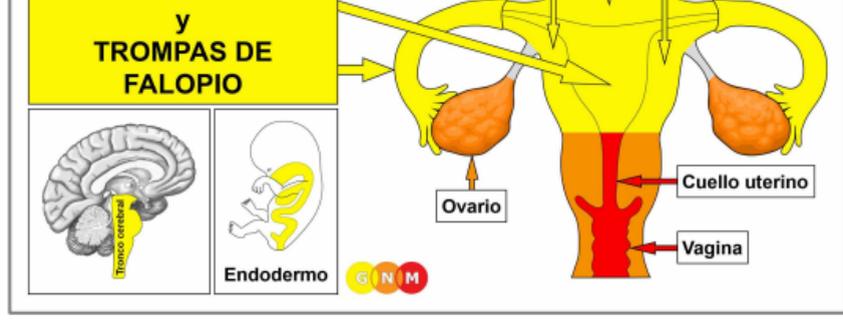
#### Glándulas de Bartholin

#### Mucosa vaginal

#### Músculos vaginales

#### Glándula del clítoris

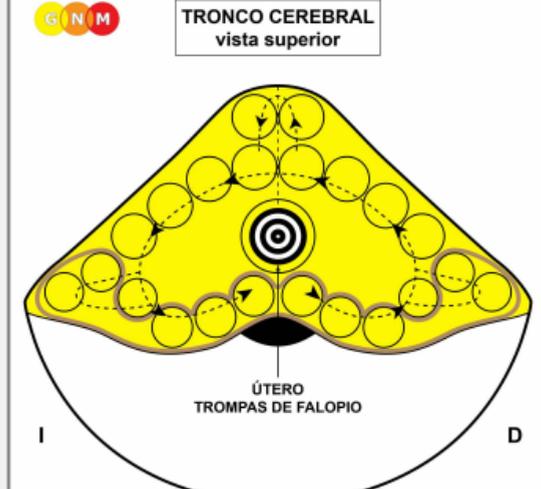
Rev. 1.12



## DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL ÚTERO Y TROMPAS DE FALOPIO:

El útero (corpus uteri) está ubicado en la pelvis femenina detrás de la vejiga urinaria. El útero se mantiene en su lugar mediante ligamentos. La capa externa del útero (perimetrio) consta de una membrana peritoneal que brinda soporte adicional al órgano. A lo largo del ciclo menstrual, el endometrio (revestimiento interno del útero) desarrolla una capa de tejido rica en vasos sanguíneos para proporcionar un entorno óptimo para un embrión. Si no se produce la fecundación del óvulo, el revestimiento endometrial se desprende y se expulsa durante la menstruación. El útero se abre hacia la vagina a través del cérvix o "cuello del útero" (cervix uteri). Dos trompas de Falopio conectan el útero con los ovarios. Las trompas producen una secreción (cualidad simpaticotora) que ayuda a transportar los espermatozoides y el óvulo fecundado al útero, donde el blastocisto se adhiere al endometrio. Además de nutrir al feto en desarrollo, el útero secreta prostaglandina (cualidad secretora), una sustancia similar a una hormona que estimula la contracción uterina al comienzo del parto. El útero y las trompas de Falopio constan de epitelio cilíndrico intestinal, se originan del endodermo y se controlan desde el tronco cerebral.

**NOTA:** Al principio, el sistema reproductor femenino tenía dos úteros que eventualmente crecieron juntos formando un solo órgano. Dos úteros también se forman inicialmente en el embrión humano fusionándose en un solo útero durante el desarrollo del feto femenino. El mismo proceso tiene lugar con las dos vejigas originalmente.



**NIVEL CEREBRAL:** El útero y las trompas de Falopio se controlan desde el centro del **tronco cerebral**.

**NOTA:** El útero, las trompas de Falopio y la próstata comparten el mismo relé cerebral.

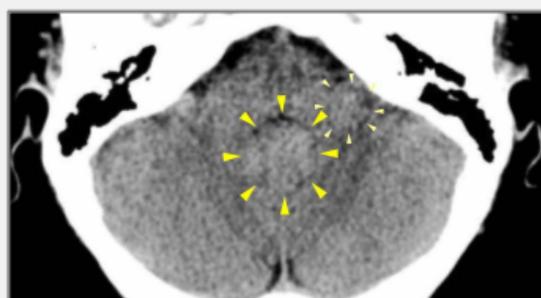
**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado al útero y trompas de Falopio es un **conflicto de procreación** (equivalente al conflicto relacionado con la próstata en los hombres) o un “**conflicto de implantación**” (comparad con el conflicto de apareamiento relacionado con el cuello uterino). Por lo tanto, un aborto espontáneo, un aborto, no quedar embarazada (ved también los músculos del útero), así como la pérdida de un hijo o nieto (comparad con el conflicto de pérdida relacionado con los ovarios) pueden desencadenar el conflicto. Además, el útero y las trompas de Falopio corresponden a un **conflicto de género** vivido como un “conflicto feo con un hombre”. Sentirse humillada por un hombre (abuso físico, sexual o emocional), insultos verbales, trato irrespetuoso por parte de una pareja, cónyuge, pariente masculino o amigo, comportamiento ofensivo de un colega o acoso por parte de un exnovio, excónyuge (después de un divorcio “feo”), o una autoridad masculina (supervisor, médico, juez, policía, etc.) son posibles escenarios de conflicto. Un examen ginecológico angustioso también podría provocar el conflicto.

#### **FASE DE CONFLICTO ACTIVO:**

Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, las células en el útero proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es engrosar la mucosa del útero para ayudar a la implantación del óvulo fecundado.

**Períodos menstruales dolorosos:** La contracción de los músculos uterinos es estimulada por la hormona prostaglandina que se produce en la mucosa del útero. La sobreproducción de prostaglandina durante la fase de conflicto activo de un conflicto de procreación o de género hace que el útero se contraiga con más fuerza de lo normal, lo que resulta en calambres menstruales dolorosos (ved también menstruación dolorosa vinculada al Programa Especial Biológico de los ovarios).

Con una actividad conflictiva prolongada (conflicto pendiente), se forma un crecimiento en forma de coliflor (tipo secretor), denominado **cáncer de útero (cáncer endometrial)**, como resultado del continuo aumento celular. Si la tasa de división celular excede un cierto límite, la medicina convencional considera el cáncer como “maligno”; por debajo de ese límite, el crecimiento se considera “benigno” o se diagnostica como un **pólipo uterino** (ved también fase de curación). Un crecimiento que se desarrolla en un plano (eje) plano (liso) se denomina **hiperplasia endometrial** (se aplica el mismo estándar de diagnóstico al cáncer de próstata y a la hiperplasia de próstata). No hay síntomas durante la fase de conflicto activo. En las trompas de Falopio, sin embargo, un crecimiento compacto (tipo secretor) puede obstruir temporalmente la trompa afectada causando **dolor, especialmente durante la ovulación** (también en la fase de curación).



En esta TC cerebral, vemos un Foco de Hamer en el relé del útero ([ved el diagrama de la GNM](#)) correspondiente a un cáncer de útero. El Foco de Hamer en el centro de control del hígado (en el hemisferio derecho del tronco cerebral) muestra el impacto de un conflicto de morirse de hambre (inanición), que ocurrió muy probablemente junto con el conflicto relacionado con el útero.

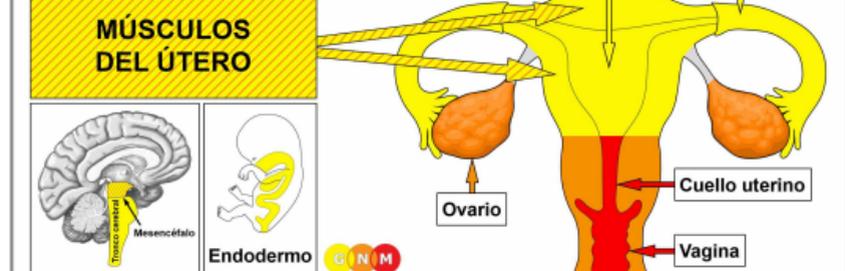
**FASE DE CURACIÓN:** Después de la resolución del conflicto ([CL](#)), los hongos o las micobacterias, como la bacteria de la tuberculosis (TB), eliminan las células que ya no son necesarias. El proceso de curación va acompañado de sudores nocturnos. Cuando los hongos asisten la curación, esto causa **candidiasis uterina** (comparad con la candidiasis vaginal relacionada con las glándulas de Bartholin). La secreción producida durante la descomposición celular (del tumor) se excreta a través de la vagina. La secreción es blanca (similar al queso), tiene un olor fétido distintivo y puede contener sangre.

**NOTA:** El “**flujo vaginal**” se origina en el útero o trompas de Falopio y no, como se supone, en la vagina, ya que el canal vaginal no está dotado de una submucosa endodérmica y, subsecuentemente, no está poblado por hongos o bacterias.

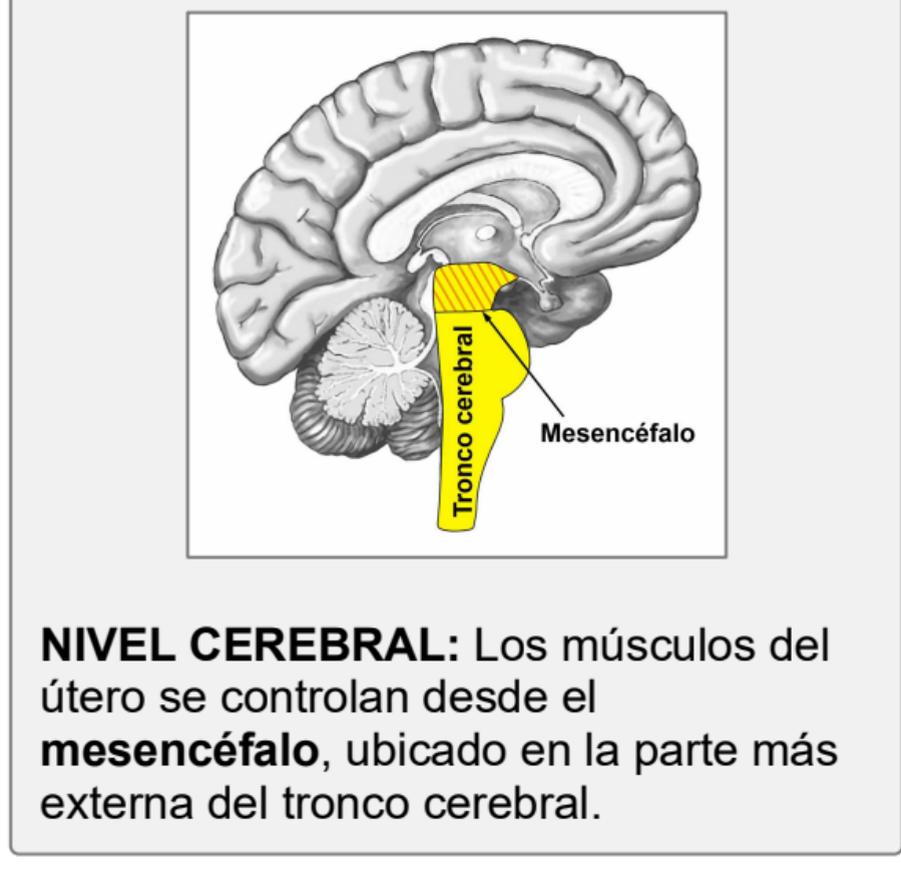
**La endometritis** (queno debe confundirse con la endometriosis) es una inflamación en el útero con hinchazón dolorosa. Con la retención de agua concurrente (el SÍNDROME) como resultado de un conflicto activo de abandono o existencia, la hinchazón se incrementa y también lo hace el dolor. En las trompas de Falopio, la hinchazón podría bloquear temporalmente la trompa afectada (ved también fase de conflicto activo). Dado que las trompas de Falopio son permeables, la secreción producida durante el proceso de descomposición puede filtrarse hacia la cavidad abdominal. La inflamación de las trompas se llama **salpingitis o anexitis** (el mismo término médico se usa para la inflamación de los ovarios). Si el conflicto afecta la trompa de Falopio derecha o izquierda es aleatorio.

Con una fase de curación intensa, la pared externa del tumor del útero puede romperse y provocar un agudo **sangrado o hemorragia**, particularmente durante la menstruación, cuando la extirpación del tumor coincide con el desprendimiento de la decidua (revestimiento endometrial). Por lo tanto, **el sangrado menstrual abundante (menorragia)** puede indicar recaídas (raíles) de un conflicto relacionado con el útero (ved también períodos abundantes relacionados con los músculos del útero, los ovarios, el cuello uterino y la depresión maníaca). El sangrado leve acompaña la curación cuando la actividad conflictiva precedente fue menos intensa o si una mujer ya es posmenopáusica o no está menstruando en el momento en que toma lugar la curación.

Si los **microbios necesarios 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 “cáncer benigno” o un **pólipo uterino** (ved también fase de conflicto activo).



**DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS DEL ÚTERO:** La capa media del útero, conocida como miometrio, constituye la mayor parte del volumen del útero. El miometrio está compuesto en su mayor parte de músculo liso. La función principal de los músculos del útero es sostener al feto y ayudar a su parto durante el nacimiento del niño. La hormona oxitocina, producida en la glándula pituitaria, induce la contracción de los músculos del útero durante el parto. Los músculos del útero derivan del endodermo y se controlan desde el mesencéfalo.



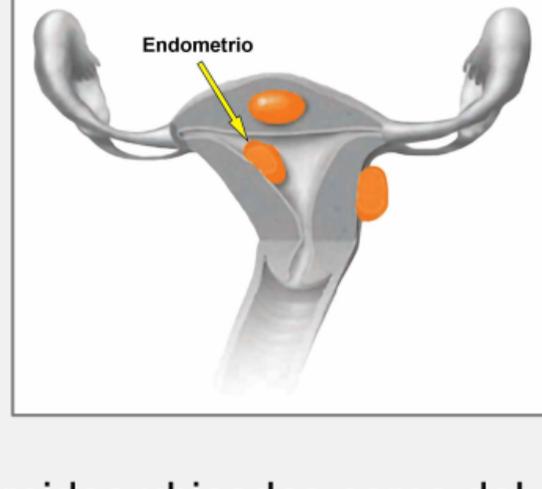
**NIVEL CEREBRAL:** Los músculos del útero se controlan desde el **mesencéfalo**, ubicado en la parte más externa del tronco cerebral.

**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado a los músculos del útero es “**no poder sostener al feto**” (complicaciones durante los embarazos, abortos espontáneos, abortos; ved también músculos del cuello uterino) o **no quedar embarazada** (comparad con el conflicto de procreación relacionado con el útero). Por lo tanto, no poder tener hijos debido a una menopausia precoz, la extirpación de ambos ovarios, la infertilidad, la infertilidad de la pareja o la disfunción eréctil, las dificultades para concebir o el deseo insatisfecho de tener (más) hijos son situaciones de conflicto típicas. Tener las “trompas atadas” (ligadura de trompas), el uso de un DIU para prevenir el embarazo o tomar anticonceptivos podría invocar el conflicto en un nivel psicobiológico sutil. Una mujer puede experimentar el conflicto también con por parte de un miembro femenino del grupo (su hija o nieta, una pariente cercana o amiga).

**FASE DE CONFLICTO ACTIVO:** proliferación celular con formación de **fibroides uterinos (fibromiomas o leiomiomas)**. El propósito biológico del **tejido muscular adicional** es incrementar

la tensión (hipertonía) y fortalecer los músculos del útero para poder sostener mejor al feto o facilitar el parto. El tamaño del fibroide(s) está determinado por el grado y duración de la actividad conflictiva.

**FASE DE CURACIÓN:** La tensión muscular se normaliza. Sin embargo, para asegurar la procreación, los **fibroides permanecen pasada la compleción de la fase de curación.**



Los fibroides ubicados cerca del endometrio del útero pueden causar **sangrado** agudo, particularmente durante la Crisis Epileptoide, y **períodos menstruales abundantes**, ya que los fibroides están cubiertos por el revestimiento endometrial que se desprende durante la menstruación (ved también períodos abundantes relacionados con la mucosa del útero, los ovarios, el cuello uterino y depresión maníaca).

Con el SÍNDROME, es decir, con la retención de agua como resultado de un conflicto activo de abandono o existencia que involucra los túbulos colectores renales, el agua retenida incrementa el tamaño del fibroide(s). Un gran crecimiento en la musculatura del útero puede diagnosticarse como **sarcoma miometrial.**

**Prolapso uterino:** El útero también se mantiene en su lugar mediante ligamentos. Un conflicto de desvalorización de sí mismo prolongado (“¡No soy lo suficientemente bueno *allí!*”) debilita las estructuras y hace que el útero descienda hacia el canal vaginal.

## EMBARAZO y PARTO

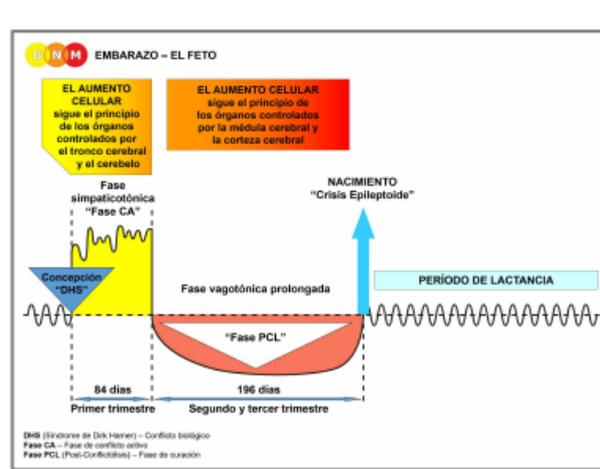


De manera similar a un Programa Especial Biológico que se inicia por un conflicto biológico, el embarazo – el período desde la concepción hasta el nacimiento – progresa en dos fases: una **fase simpaticotónica seguida de una fase vagotónica**. El momento de la concepción es equivalente a un DHS.

En las mujeres, el embarazo dura alrededor de 280 días (poco más de 9 meses) o 40 semanas, contadas desde el comienzo de la última menstruación. El primer trimestre (fase simpaticotónica) dura 84 días (12 semanas); el segundo y tercer trimestre (fase vagotónica) duran 196 días (28 semanas). Las dos fases se suceden sincrónicamente en el organismo de la madre y del feto.

**Dr. Hamer:** “La Madre Naturaleza toma del patrón de un Programa Especial Biológico aquellos componentes que convienen al organismo del feto y de la madre durante el embarazo”.

## EL DESARROLLO DEL FETO



A partir de la primera división celular después de la concepción, el embrión crece hasta convertirse en un grupo de células, llamado **blastocisto**. La capa celular externa del blastocisto (trofoblasto) se conecta con el endometrio del útero para facilitar la implantación del óvulo y la formación de la placenta. La masa celular interna del blastocisto (embrioblasto) es responsable de la formación del embrión en sí. En el plazo de dos semanas, el blastocisto se divide en tres capas germinales embrionarias (endodermo, mesodermo, ectodermo). A lo largo de la gestación, las capas germinales embrionarias desarrollan todos los órganos y tejidos del cuerpo humano mediante una división celular continua.

**Durante los primeros tres meses**, el feto se encuentra en un estado de **simpaticotonía** (“Fase CA”). El desarrollo del feto sigue el principio de los **órganos**

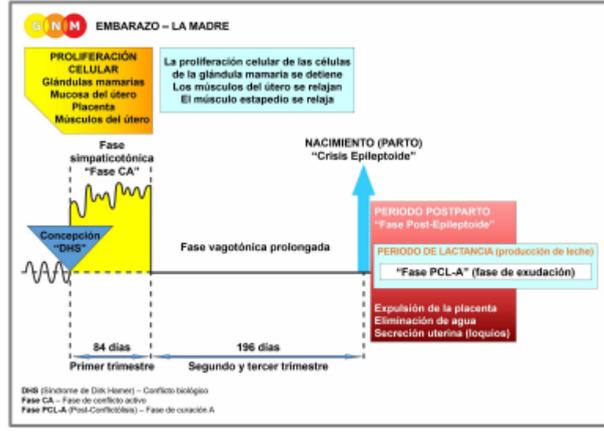
controlados por el tronco cerebral y el cerebelo con **incremento celular** en la fase simpaticotónica. Esto concuerda con un Programa Especial Biológico que genera proliferación celular durante la fase de conflicto activo, que es el período (“fase CA”) en el que se desarrollan, por ejemplo, los órganos del tracto intestinal y los pulmones. **NOTA:** Se establece la lateralidad biológica del feto en el momento de la primera división celular después de la concepción.

La **fase vagotónica** comienza en el cuarto mes de embarazo y dura hasta el nacimiento. Durante la **fase vagotónica**, el desarrollo del feto sigue el principio de los **órganos controlados por la médula cerebral y la corteza cerebral** con **incremento celular en vagotonía**. Esto concuerda con un Programa Especial Biológico que genera proliferación celular durante la fase de curación, precisamente durante la PCL-A.

El **proceso del nacimiento** es igual a la **Crisis Epileptoide**.

Después del nacimiento, el recién nacido entra en el **período de lactancia**.

## LA MUJER EMBARAZADA



Al igual que el feto, durante los **tres primeros meses de embarazo**, la madre se encuentra en un estado de **simpaticotonía** (“fase CA”). Según el principio de los **órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo**, durante la fase simpaticotónica, la **proliferación celular** tiene lugar

- en la **mucosa del útero**. El propósito biológico de las células uterinas adicionales es garantizar una implantación óptima y el mejor entorno posible para el feto en desarrollo. La placenta, que suministra oxígeno y nutrición al feto, se desarrolla mediante la proliferación celular del tejido uterino.
- en los **músculos del útero**. El propósito biológico de las células adicionales es aumentar la tensión de los músculos del útero para asegurar el embrión recién implantado.
- en las **glándulas mamarias**. El propósito biológico de la proliferación de células productoras de leche es preparar a la madre para amamantar a su bebé (ved período de lactancia). Los senos sensibles son un signo típico del inicio del embarazo. La producción de leche es estimulada por la hormona prolactina, producida en la glándula pituitaria.

A lo largo de la **fase simpaticotónica**, la mujer embarazada tiende a estar inquieta y nerviosa. Las náuseas son un síntoma simpaticotónico. Por eso, las **náuseas matutinas** aparecen durante ese período.

Al comienzo de la **fase vagotónica**, que va desde el cuarto mes de embarazo hasta el parto, se detiene la **proliferación de células de las glándulas mamarias**. Los senos siguen creciendo, no por el aumento de células de las glándulas mamarias, sino por el aumento de la acumulación de grasa en los senos. Durante la fase vagotónica, los **músculos del útero se relajan** para evitar un parto prematuro. El **músculo estapedio**, situado en el oído medio, es un músculo fundamental en la transmisión del sonido. En la vagotonía, cuando dormimos, el músculo estapedio está relajado, de modo que nos damos cuenta al instante del más mínimo ruido. Durante el embarazo, esta sensibilidad al ruido protege a la madre y a su bebé de posibles peligros. Al estar en vagotonía, la embarazada tiene buen apetito para poder proporcionarse a sí misma y al feto en crecimiento cantidades suficientes de alimentos. En la **fase vagotónica**, la mujer embarazada tiende a estar cansada, lo que sirve para evitar que la madre se esfuerce y no se ponga en peligro a sí misma ni a su bebé. El estado vagotónico de la madre proporciona al feto las condiciones óptimas para su desarrollo.

## PARTO Y NACIMIENTO

El nacimiento del niño que se produce al final de la **fase vagotónica** (“PCL-A”) es equivalente a la **Crisis Epileptoide**. Con el inicio del parto, la madre y el feto salen de la vagotonía y entran en un estado simpaticotónico elevado, como ocurre durante la Crisis Epileptoide de un Programa Especial Biológico. La madre y el niño pasan por el proceso juntos.

La “**Crisis Epileptoide**” de la madre se presenta como **contracciones de parto**. Comenzando al inicio del parto, los músculos del útero se contraen (calambres tónicos prolongados) con movimientos rítmicos, clónicos y peristálticos simultáneos para facilitar el parto. Desde un punto de vista evolutivo, las contracciones tónico-clónicas del parto se convirtieron en el modelo para la **Crisis Epileptoide** que se produce en el apogeo del Programa Especial Biológico de los músculos estriados. Junto con la contracción de los músculos del útero, el orificio uterino interno y el esfínter cervical se abren (los esfínteres se abren en la simpaticotonía). El bebé es empujado a través del canal vaginal mediante el movimiento peristáltico concertado de los músculos del útero, los músculos cervicales y los músculos vaginales. La duración media del parto es de unas ocho horas.

La “**Crisis Epileptoide**” del feto se presenta como **contracciones musculares tónicas** que hacen que el cuerpo esté rígido, lo que permite que el feto se mueva más fácilmente a través del canal de parto.

**NOTA:** Es el bebé el que determina cuándo comienza el proceso del parto. Cuando está listo para nacer, las glándulas adrenales del bebé secretan cortisona que estimula la producción de la hormona oxitocina, producida en la glándula pituitaria. La oxitocina induce la contracción de los músculos del útero y el inicio del parto. La prostaglandina, producida en la mucosa del útero, también estimula la contracción uterina al inicio del parto.

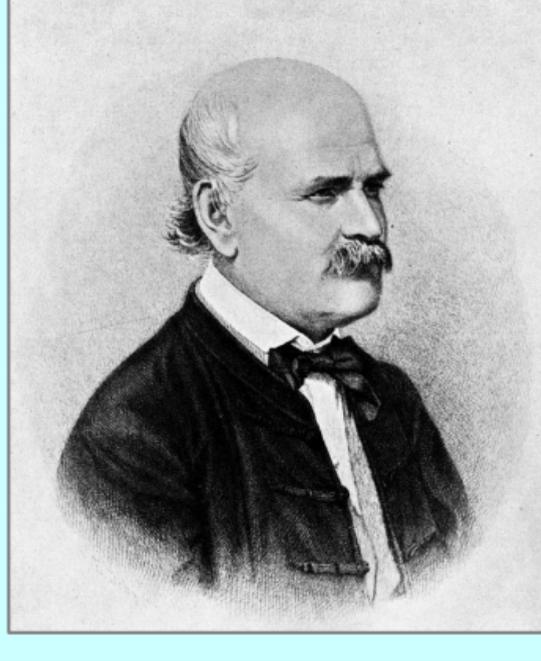
El parto y el nacimiento constituyen el final del embarazo.

## EL PERÍODO POSTPARTO

Inmediatamente después del parto y el nacimiento, el organismo de la madre entra en el **período postparto** o una “Fase Post-Epileptoide” con expulsión de la placenta y eliminación de grandes cantidades de agua por los riñones – similar a la “fase urinaria” que ocurre inmediatamente después de la Crisis Epileptoide de un Programa Especial Biológico.

Durante el período postparto, las células adicionales de la mucosa del útero que se habían engrosado durante el embarazo se eliminan con la ayuda de las bacterias de la tuberculosis. ¡Las bacterias de la tuberculosis limpian el útero! La secreción tuberculosa del útero (llamada loquios) contiene sangre, moco y restos de placenta. La **secreción uterina postparto** dura aproximadamente de 4 a 6 semanas.

La **infección postparto** del útero (endometritis) acompañada de fiebre se conoce como “fiebre puerperal”. La medicina convencional sostiene que la infección es causada por bacterias que ingresan al útero a través de la vagina. Algunos incluso sugieren que la infección se propaga al útero “a partir de un dolor de garganta o encías infectadas o del ano durante el parto” (**Fuente**). Otra teoría propone que la infección se transmite a la mujer embarazada a través de los médicos o enfermeras a través del contacto con otros pacientes. Basándose en la Cuarta Ley Biológica y el papel beneficioso de los microbios, las “infecciones” no son transmisibles de persona a persona; los microbios sólo actúan en órganos y tejidos que se están curando en ese momento. Por lo tanto, desde el punto de vista de la GNM, la mayor actividad microbiana en el útero después del parto indica una fase de curación de un conflicto relacionado con el útero, como un conflicto de género (un conflicto feo con un hombre).



**Dr. Ignaz Semmelweis** fue director de la clínica de maternidad del Hospital General de Viena entre 1846 y 1849. En aquella época, la fiebre puerperal estaba muy extendida en las salas de maternidad y morían muchas mujeres. Con la teoría de que la infección la causaban los médicos que habían realizado recientemente autopsias y que estaban introduciendo bacterias patógenas de materia en

descomposición en contacto con los genitales de las parturientas, ordenó a sus médicos auxiliares que se lavaran

las manos con una solución de cloruro (un desinfectante) antes de examinar a las mujeres que estaban a punto de dar a luz. Poco después de instituir este protocolo, la incidencia de la fiebre puerperal disminuyó drásticamente.

**GNM:** Cuando el equipo médico esteriliza las manos, las parturientas ya no están expuestas a bacterias que de otro modo ayudarían al proceso de curación del sistema reproductivo. ¡Por lo tanto, no hay infecciones!

**Condiciones mentales** después del parto: ver **depresión postparto** y **psicosis postparto**

## PERÍODO DE LACTANCIA

Con el nacimiento del niño, la madre entra en el **período de lactancia**. Las células de las glándulas mamarias que se multiplicaron en el primer trimestre pasan de un estado no secretor a un estado secretor. La producción de leche durante el primer trimestre "**PCL-A**" o **fase de exudación** es equivalente a la producción de fluidos tal como ocurre en la fase PCL-A de un Programa Especial Biológico. Por lo tanto, después del parto, el organismo de la madre continúa el programa biológico donde lo había dejado después del primer trimestre ("**Fase CA**").

Un **aumento, reducción o cese de la producción de leche** se relaciona con las células productoras de prolactina en la **glándula pituitaria** (controladas desde el **tronco cerebral**). La prolactina estimula las glándulas mamarias para que produzcan leche. El conflicto biológico correspondiente es un **conflicto de alimentación**, como por ejemplo, "**no poder alimentar al niño**" (por ejemplo, debido a dificultades económicas de una madre soltera desempleada o autónoma o de un cónyuge o pareja desempleada). En la fase de conflicto activo, las células productoras de prolactina proliferan para producir más leche para el bebé. La sobreproducción de prolactina provoca un **incremento de la producción de leche**. Una vez resuelto el conflicto, las células adicionales se eliminan con la ayuda de hongos o bacterias de la tuberculosis. Con una curación pendiente, se pierde cada vez más tejido glandular como resultado del proceso continuo de eliminación de células. En las mujeres lactantes, esto provoca una **reducción o cese de la producción de leche**. Si la fase de curación prolongada comenzó ya durante el embarazo, una mujer tiene poca o ninguna leche materna después del parto. La angustia de no producir suficiente leche puede desencadenar un conflicto de fluidos que afecta al parénquima renal con hipertensión (ver preeclampsia).

La reducción o el cese de la producción de leche se relaciona también con el Programa Especial Biológico de las **glándulas mamarias** (controlado desde el **cerebelo**) ligado a un **conflicto de preocupación por el nido** asociado con un miembro del nido, incluido el recién nacido. En la fase de conflicto activo, las células de las glándulas mamarias proliferan para producir más leche. Por lo tanto, durante la actividad conflictiva, la madre lactante tiene **más leche en el pecho afectado** (ved lateralidad). En la fase de curación, las células adicionales se eliminan con la ayuda de hongos o bacterias de la tuberculosis. Si la fase de curación se prolonga, el proceso de descomposición en curso conduce a una pérdida de células de las glándulas mamarias. Si una mujer está amamantando en ese momento, la pérdida de tejido glandular mamario provoca una **reducción o interrupción total de la producción de leche** en el pecho afectado.

En las mujeres que amamantan, la **mastitis de la lactancia** o **inflamación del pezón (telitis)** está relacionada con un conflicto de separación (por ejemplo, debido a la separación del bebé después del parto) o con el "deseo de separarse" del lactante porque el bebé succiona con demasiada fuerza. En la fase de curación, la zona de los conductos galactóforos afectados se inflama.

## Conflictos biológicos vividos por la MADRE

Cuando una mujer embarazada sufre un **conflicto biológico durante el primer trimestre** (**fase simpaticotónica**), el órgano correspondiente genera **proliferación celular o pérdida celular**, dependiendo de la naturaleza del conflicto. Al comienzo del cuarto mes de embarazo (**fase vagotónica**), los cambios a nivel orgánico se detienen. El conflicto no se resuelve, ¡sólo se pospone! Si el conflicto no se ha resuelto en el momento del parto, el aumento o la disminución celular en el órgano afectado continúa con el inicio del parto ("**Crisis Epileptoide**") La reactivación de un conflicto o de varios conflictos puede crear

una depresión postparto o una psicosis postparto.

El estado simpaticotónico de la madre en el primer trimestre explica por qué los síntomas de curación que tenía *antes* de quedarse embarazada, por ejemplo una afección cutánea, se alivian o desaparecen por completo durante los tres primeros meses de embarazo, ya que la simpaticotonía interrumpe la curación. Si tiene una recaída de un conflicto de separación en el primer trimestre, no tendrá un brote de sarpullido.

Una simpaticotonía intensa (DHS) puede provocar un **aborto espontáneo** (el aumento de la simpaticotonía abre el esfínter cervical). La mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante los primeros tres meses de embarazo.

Si la madre ya estaba en **conflicto activo antes de quedar embarazada**, los cambios en el órgano relacionado también se detienen una vez que entra en el cuarto mes de embarazo. En caso de que no haya resuelto el conflicto al momento del parto, el conflicto se reactivará por completo con el inicio del parto.

Cuando una mujer embarazada sufre un **conflicto biológico durante el segundo o tercer trimestre** ([fase vagotónica](#)), el conflicto no se desarrolla como lo haría normalmente. A lo largo de la fase vagotónica, la intensidad del conflicto se reduce significativamente; por lo tanto, la [proliferación celular o pérdida celular](#) del órgano relacionado con el conflicto también se reduce. Lo mismo se aplica a constelaciones esquizofrénicas así como a las recaídas de conflictos. Si la madre tiene una recaída de un conflicto que llevaba en el embarazo o de un conflicto que experimentó en el primer trimestre, la intensidad de los síntomas se reduce a lo largo de la fase vagotónica. Sin embargo, con el inicio del parto ("[Crisis Epileptoide](#)"), que constituye el final del embarazo, la madre se encuentra en plena actividad conflictiva. **NOTA:** Una mujer con un punto de maduración es capaz de ponerse al día en su desarrollo emocional durante los últimos seis meses de embarazo.

Un DHS (estado simpaticotónico) fuerte interrumpe la fase vagotónica provocando un **parto prematuro** (el esfínter cervical se abre en la simpaticotonía). Lo mismo ocurre con una Crisis Epileptoide fuerte, sobre todo cuando están involucrados el corazón o los pulmones. **NOTA:** Cuando la madre está muy activa en un conflicto (en gran pánico) o de repente en un estado de intensa [constelación](#), los vasos que irrigan la placenta se estrechan, privando al bebé de oxígeno y nutrientes. Esto puede provocar complicaciones agudas y **la muerte del feto (mortinato)**.

Si la madre resuelve un conflicto ocurrido antes del embarazo o en el primer trimestre, durante la [fase vagotónica](#), ella desarrolla los síntomas correspondientes, por ejemplo, un resfriado (conflicto de mal olor), diarrea (conflicto de bocado indigerible), una erupción cutánea o herpes (conflicto de separación), venas varicosas (conflicto de bola y cadena), hepatitis (conflicto de enfado territorial), o cualquier tipo de cáncer como un linfoma, cáncer de colon o leucemia que surge en la fase de curación. ¡La retención de agua concurrente debido a un conflicto de abandono o existencia (el SÍNDROME) que involucra los túbulos colectores del riñón exacerba los síntomas de curación! Después de resolver un conflicto de abrumado o un conflicto de pérdida territorial, sufrirá un ataque cardíaco durante la Crisis Epileptoide. Una Crisis Epileptoide fuerte podría poner en peligro la vida de la madre y del no nacido. En cuanto a infecciones como una infección de vejiga (conflicto de demarcación territorial) o una candidiasis "vaginal" (conflicto de género), la infección de la madre no puede transmitirse al recién nacido, como afirma la medicina convencional, porque la "infección" ya es un síntoma de curación (ver Cuarta Ley Biológica).

## Síntomas durante el embarazo

**Preeclampsia:** En la medicina convencional, el término preeclampsia se utiliza cuando la mujer embarazada tiene altas cantidades de proteína en la orina o cuando su presión arterial está elevada. Se considera un "trastorno multisistémico específico del embarazo". Según la GNM, las altas cantidades de proteína en la orina se producen en la [fase vagotónica](#) del embarazo, después de que se haya resuelto un conflicto de abandono o de existencia (ved proteinuria y albuminuria relacionadas con los túbulos colectores renales). La presión arterial elevada está relacionada con un conflicto de fluidos, por ejemplo relacionado con el líquido amniótico ("algo anda mal con el líquido amniótico") o un conflicto abrumador que involucra al miocardio derecho (ved

hipertensión en fase de conflicto activo y PCL-A).

**Anemia materna:** Durante la **fase vagotónica**, la fatiga general es normal. La fatiga de la anemia, sin embargo, es causada por un conflicto de desvalorización de sí misma provocado por la humillación, el abuso o una asociación con el embarazo en sí (ver anemia en la fase de conflicto activo y la fase de curación).

**Vómitos en el segundo y tercer trimestre:** El vómito se produce durante la Crisis Epileptoide de un conflicto de ira territorial que involucra la pequeña curvatura del estómago o de un conflicto por un bocado indigerible relacionado con la parte superior del intestino delgado. Por lo tanto, en la **fase vagotónica**, los episodios de vómitos recurrentes se deben a la introducción de un camino conflictivo (compárese con las náuseas matinales del primer trimestre).

**Diabetes gestacional:** La diabetes gestacional se desarrolla como resultado de un conflicto de resistencia masculino que ocurrió durante el embarazo. **NOTA:** Cuando una mujer está embarazada o amamantando, su nivel de estrógenos es bajo, por lo que experimenta conflictos como un hombre.

- Si una hembra diestra embarazada tiene un conflicto de resistencia (por ejemplo, una resistencia a estar embarazada), el conflicto repercute en el **lado derecho del centro de glucosa** que controla la producción de insulina. Desarrolla diabetes en el primer trimestre del embarazo (**fase simpaticotónica**). A partir del segundo trimestre (**fase vagotónica**), la diabetes no progresará o se reducirá. Si no ha resuelto el conflicto en el momento del parto, después de haber dado a luz, el grado de diabetes será el mismo que en el primer trimestre. Cuando resuelva el conflicto, estará hipoglucémica en PCL-B.
- Si una hembra embarazada zurda tiene un conflicto de resistencia, el conflicto repercute en el **lado izquierdo del centro de glucosa** que controla la producción de glucagón (en los zurdos el conflicto se traslada al otro hemisferio cerebral). Tiene hipoglucemia en el primer trimestre (**fase simpaticotónica**) así como después del parto, siempre que el conflicto no se haya resuelto. Si resuelve su conflicto en la **fase vagotónica**, en el segundo y tercer trimestre se vuelve diabética (en PCL-B).

## **Conflictos biológicos que experimenta el FETO**

El feto puede sufrir conflictos biológicos tanto como un recién nacido, un lactante, un niño o un adulto. De acuerdo con la formación de las tres capas germinales embrionarias, el feto sólo puede experimentar conflictos que se correlacionan con órganos que ya se han desarrollado, es decir, inicialmente sólo conflictos que se correlacionan con órganos derivados del endodermo y del mesodermo antiguo, como un conflicto de miedo de la muerte, un conflicto de morir de hambre o un conflicto de ataque.

Cuando el feto experimenta un **conflicto biológico durante los primeros tres meses** (**fase simpaticotónica**), el órgano correspondiente genera **proliferación celular** en la fase de conflicto activo. Al comienzo del cuarto mes de desarrollo fetal (**fase vagotónica**), el aumento de células se detiene. Sin embargo, con el inicio del proceso de nacimiento ("**Crisis Epileptoide**"), el recién nacido se vuelve completamente activo en conflicto y el aumento de células en el órgano afectado continúa.

Un DHS fuerte con intensa actividad conflictiva (estado simpaticotónico) puede provocar un **aborto espontáneo** (el feto se aborta a sí mismo) y el embarazo llega a su fin. Las glándulas adrenales del feto que se desarrollan en la quinta semana secretan cortisona que estimula la producción de oxitocina (ved glándula pituitaria), que induce la contracción de los músculos del útero.

Cuando el feto experimenta un **conflicto biológico durante el segundo o tercer trimestre** (**fase vagotónica**), por ejemplo, un conflicto de separación o un conflicto de enfado territorial, la intensidad del conflicto se reduce significativamente. En caso de una actividad conflictiva continua (conflicto pendiente), con el inicio del proceso de nacimiento ("**Crisis Epileptoide**"), el bebé se vuelve completamente en conflicto activo.

Si el feto resuelve un conflicto durante la **fase vagotónica**, el bebé nace con síntomas de curación relacionados con el órgano. Los síntomas persisten hasta que se completa el Programa Especial Biológico. **NOTA:** Las anomalías congénitas o defectos de nacimiento que se presentan al nacer, como anomalías físicas o estructurales o malformaciones de un órgano (espina bífida, labio hendido o paladar hendido, ausencia de hueso nasal, extremidades anormales, defectos cardíacos), no están relacionados con un conflicto biológico.

## Conflictos intrauterinos

**Dr. Hamer:** “Con el conocimiento de la GNM, una mujer embarazada está mucho mejor preparada para proteger a su hijo por nacer”.

Al carecer de percepción visual, el feto percibe predominantemente sonidos y ruidos. Las mujeres embarazadas a menudo sienten una sacudida o una patada del bebé después de un ruido fuerte y repentino, como un portazo. Los ruidos fuertes, por ejemplo, de máquinas ruidosas como sierras (motosierras, sierras de mesa), herramientas de perforación, martillos neumáticos o cortadoras de césped, ruido fuerte de la calle de camiones o motocicletas, música ensordecedora, golpes o explosiones fuertes, sirenas a todo volumen, equipos de cocina ruidosos (licuadora) sostenidos cerca del vientre, pero también gritos y chillidos en el entorno inmediato (la madre gritando a sus otros hijos, fuertes discusiones entre los padres) o el fuerte ladrido de un perro pueden hacer que el feto entre en pánico y provoque un DHS en el feto. Además, un feto puede sufrir un conflicto biológico a través de la exposición a ultrasonidos. Las investigaciones han demostrado que el ruido de los ultrasonidos pone al feto en un estado de agitación (Fuente: “The quality of fetal arm movements as indicators of fetal stress” [“La calidad de los movimientos del brazo fetal como indicadores de estrés fetal”, *PubMed*, 2010]). En el útero, los ruidos se perciben especialmente fuertes porque el líquido del saco amniótico es un conductor de sonido mucho más fuerte que el aire.

## Los ruidos fuertes pueden causar un...

- **conflicto auditivo** de “¡No quiero oír esto!” relacionado con el oído interno. Una curación pendiente debido a las recaídas de conflictos continuos durante la **fase vagotónica** conduce a una pérdida progresiva de la audición, con el resultado de que el niño nace con problemas de audición o sordo. Dos conflictos auditivos que involucran el hemisferio cortical derecho e izquierdo colocan al feto en una constelación auditiva. El Dr. Hamer descubrió que una constelación auditiva es la causa del **síndrome de Down** (ved el caso de Anna en el artículo de GNM “Entendiendo las enfermedades genéticas”). Dado que se supone convencionalmente que el riesgo de una mujer de tener un hijo con síndrome de Down aumenta drásticamente después de los 35 años de edad, las madres mayores tienden a someterse a más exámenes de ecografía que las mujeres más jóvenes. Por lo tanto, los procedimientos de ecografía repetitivos podrían ser la verdadera razón por la que las mujeres de este grupo de edad tienen más probabilidades de dar a luz a un niño con síndrome de Down.
- **conflicto motor** de “no poder escapar” o “sentirse atascado”. El conflicto motor también puede ocurrir durante una amniocentesis realizada para determinar si el feto tiene un “trastorno genético” o una anomalía cromosómica como el síndrome de Down. En esta prueba prenatal, se extrae una pequeña cantidad de líquido amniótico a través de una aguja fina del saco que rodea al feto (esto también podría desencadenar un conflicto de ataque). Un conflicto de “sentirse atrapado” puede ocurrir durante el proceso de nacimiento debido a un parto difícil (el bebé se siente atrapado en el canal de parto) o la forma en que se maneja al bebé después del parto. Dependiendo de la intensidad del conflicto, el conflicto motor se presenta como debilidad muscular o parálisis muscular al nacer. Después del nacimiento, el conflicto a menudo se resuelve (“ahora finalmente puedo escapar”) seguido de una convulsión epiléptica en la **fase de curación**. Un conflicto de “no poder escapar” generalmente afecta las piernas. En los bebés, esto se manifiesta como una marcha torpe y una tendencia a caerse. La **parálisis cerebral** con coordinación muscular alterada (parálisis espástica) es el

resultado de conflictos motores graves. Una constelación de la corteza motora causa **hiperactividad motora** (denominada trastorno hiperactivo) que puede durar hasta la infancia y la edad adulta. Las constelaciones de la corteza motora también son la causa subyacente de los **tics motores** y del **síndrome de Tourette**.

- **conflicto de separación**, el miedo a la separación de la madre. Esto sucede cuando el ruido abrumador ahoga el sonido reconfortante del latido del corazón de la madre. Los conflictos de separación también ocurren cuando el bebé es separado de la madre al nacer; después de una cesárea, no hay contacto de la piel con la madre durante aproximadamente dos horas. Además, esto podría provocar un **conflicto de abandono** que involucra a los túbulos colectores del riñón, causando retención de agua en el recién nacido. Dependiendo de la intensidad del conflicto, el conflicto de separación afecta a la epidermis o, en un conflicto de separación grave, al periostio, lo que resulta en **parálisis sensorial** (entumecimiento) en los brazos y/o piernas, después de que el conflicto se ha resuelto. Si la epidermis está afectada, el recién nacido desarrolla una afección cutánea generalizada como la **dermatitis**. Una ansiedad de separación duradera crea una predisposición a las alergias cutáneas.
- **conflicto miedo de la muerte** que afecta a los alvéolos pulmonares. El feto también puede experimentar un conflicto de miedo de la muerte debido a complicaciones potencialmente mortales durante el proceso de nacimiento. La **fase de curación**, asistida por bacterias de la tuberculosis, se presenta como **tuberculosis pulmonar** perinatal. Con un **conflicto de miedo territorial** o **conflicto de miedo-susto**, el recién nacido desarrolla **bronquitis** (mucosa bronquial) o **laringitis** (mucosa laríngea).

**NOTA:** ¡Las **bacterias** asisten al proceso de curación ya en el organismo del feto! “Durante más de un siglo, los científicos han asumido que los bebés llegan al mundo libre de gérmenes después de nueve meses en un útero estéril. No es así, según dicen nuevos estudios: las bacterias se encuentran en la placenta, el líquido amniótico y el cordón umbilical, lo que hace que el útero sea un lugar con gérmenes” (*Science News*, 28 de mayo de 2014; ved también “The Placenta Harbors a Unique Microbiome” [“La placenta alberga un microbioma único”], *Science Translational Medicine*, 21 de mayo de 2014). Las micobacterias como las bacterias TB también se introducen en el recién nacido a través de la leche materna.

- **conflicto de enfado territorial:** Si el conflicto se resuelve en la **fase vagotónica**, el bebé nace con **ictericia** (el conflicto corresponde biológicamente a los conductos biliares del hígado). **Procedimientos de ecografía fetal** o presionar el vientre de la madre también podría provocar un conflicto de enfado territorial.

**NOTA:** El feto puede experimentar un conflicto biológico con o en nombre de la madre.

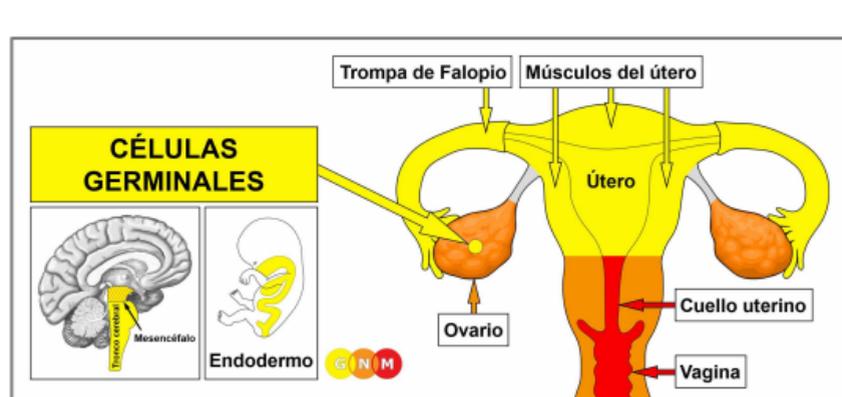
**Conflicto de desvalorización de sí mismo:** El feto puede sufrir un conflicto de desvalorización de sí mismo cuando se siente no deseado. Tras la resolución del conflicto durante el embarazo o después del nacimiento, el niño desarrolla **leucemia**. La mineralización lenta de los huesos (“huesos débiles”) como resultado de una curación lenta se denomina **raquitismo**. El raquitismo afecta al cráneo (“¡Esto no es justo!”), al brazo, a las piernas, a la columna vertebral o a todo el sistema óseo (conflicto de autodesvalorización generalizado). La teoría de que el raquitismo es causado por una deficiencia de vitamina D es pura suposición.

**Miedo a asfixiarse:** El bebé puede sufrir miedo a asfixiarse cuando el **cordón umbilical está enrollado alrededor del cuello** (cordón nucal) causado por movimientos fetales agitados (ved exposición a ultrasonidos). El conflicto involucra a las células caliciformes de los bronquios (controladas desde el mismo relé cerebral que los alvéolos pulmonares en el tronco cerebral). Durante la **fase de conflicto activo**, las células caliciformes aumentan en número en respuesta a la angustia de no recibir suficiente aire. En la **fase de curación**, las células sobrantes se descomponen con la ayuda de las bacterias de la tuberculosis. Si el proceso de curación se ve interrumpido continuamente por recaídas del conflicto,

se produce mucoviscidosis en los bronquios o la llamada fibrosis quística. Lo mismo puede ocurrir si el cordón umbilical se corta demasiado pronto, ya que los pulmones del recién nacido necesitan un cierto tiempo para acostumbrarse a respirar de forma autónoma.

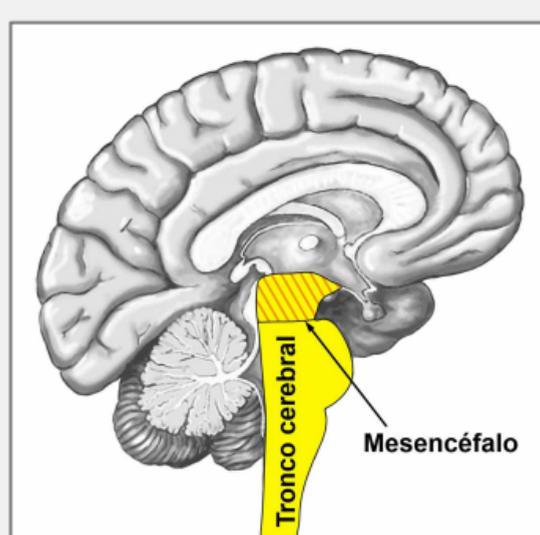
**Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL):** La muerte súbita del bebé suele ocurrir durante el sueño (en vagotonía) entre el primer y sexto mes de vida. Según la GNM, la muerte ocurre cuando el bebé entra en la fase de curación de varios conflictos vividos durante la gestación o después del nacimiento. La muerte se produce por la presión de los edemas cerebrales, en particular con el SÍNDROME, un conflicto activo de abandono o existencia.

**Dr. Hamer:** “Sólo podemos entender el lenguaje y el miedo del recién nacido, cuando reconstruimos el período del embarazo y el proceso del nacimiento”.



## DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LAS CÉLULAS GERMINALES FEMENINAS:

En los órganos reproductores humanos, las células germinales son las unidades celulares que dan lugar a los gametos (óvulos y espermatozoides). Las células germinales primordiales aparecen primero en el saco vitelino del embrión desde donde migran a través del intestino en desarrollo hacia las nuevas gónadas (testículos u ovarios). En los ovarios, las células germinales forman la llamada oogonia (cualidad secretora), que son células precursoras de los oocitos a partir de las cuales se desarrolla un huevo u óvulo. Este proceso, llamado ovogénesis, toma lugar durante el desarrollo del feto. Así, al nacer, la niña nace con el número total de óvulos (en los hombres, la espermatogénesis, la producción de espermatozoides, continúa durante toda la vida). Comenzando con la pubertad, cada mes durante la ovulación se libera un óvulo maduro en la trompa de Falopio para la fecundación (la ovulación es estimulada por la LH-Hormona Luteinizante producida en la glándula pituitaria). Después de la secreción del óvulo, el **cuerpo lúteo** (“cuerpo amarillo”), un grupo de células productoras de hormonas en los ovarios, secreta progesterona que ayuda a preparar el útero y los músculos del útero para el embarazo y para mantener la gestación. También juega un papel en el desarrollo de las glándulas mamarias en preparación para la lactancia (es por eso que la progesterona en las píldoras anticonceptivas conduce al crecimiento de las mamas). Tanto el cuerpo lúteo como las células germinales derivan del endodermo y se controlan desde el mesencéfalo.



**NIVEL CEREBRAL:** Las células germinales femeninas (y masculinas) se controlan desde el **mesencéfalo**, ubicado en la parte más externa del tronco cerebral. Las células germinales del ovario derecho se controlan desde el lado derecho del mesencéfalo; las células germinales en el ovario izquierdo desde el lado izquierdo (comparad con las células intersticiales de los ovarios).

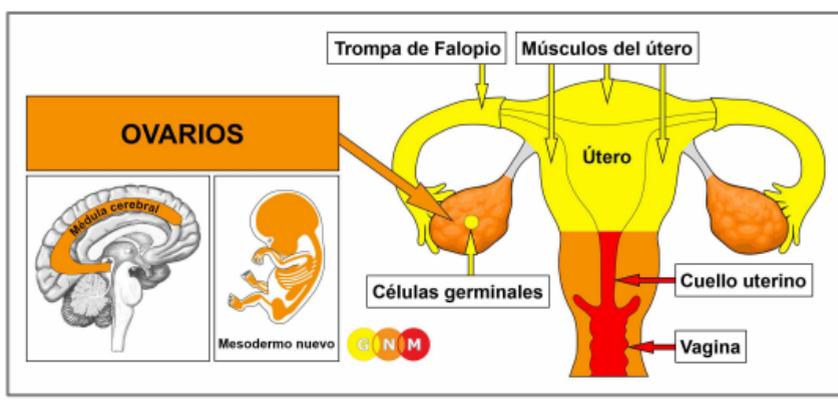
**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado a las células germinales es un **conflicto profundo de pérdida**, a menudo la pérdida de un hijo (comparad con el conflicto de pérdida relacionado con los ovarios).

**FASE DE CONFLICTO ACTIVO:** Durante la fase de conflicto activo, se desarrolla un **teratoma ovárico** (tipo secretor) o **tumor de células germinales** a partir del cuerpo lúteo (ved también teratoma testicular en varones). La significación de un teratoma se relaciona con la capacidad primordial de la partenogénesis, la reproducción sin fecundación. El **propósito biológico de las células germinales adicionales** es facilitar una reproducción más rápida en caso de pérdida de una descendencia. En la medicina convencional, un “teratoma

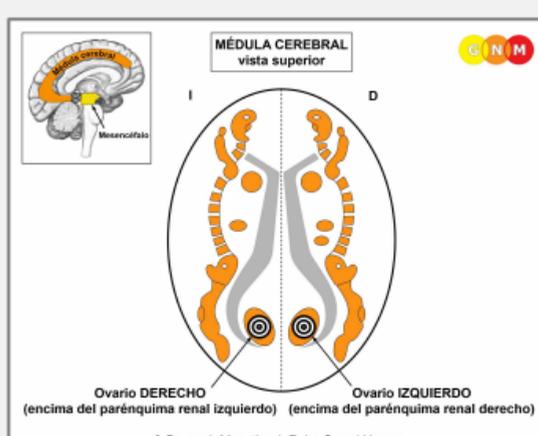
“maligno” se clasifica como un **cáncer de ovario** (comparad con el “cáncer de ovario” relacionado con los ovarios).

**NOTA:** La proliferación celular que toma lugar con el crecimiento de un teratoma es la misma que ocurre en el desarrollo del feto. Durante los primeros tres meses de embarazo, el incremento celular sigue el principio de los **órganos controlados por el cerebro antiguo** con proliferación celular en simpaticotonía (fase de conflicto activo). Comenzando en el cuarto mes de gestación, la proliferación celular sigue el patrón de los **órganos controlados por el cerebro nuevo** con proliferación celular en vagotonía (fase de curación).

**FASE DE CURACIÓN:** Con la resolución del conflicto (CL), el teratoma deja de crecer solo lentamente, ya que el tejido embrionario se desarrolla en brotes (“brote de crecimiento fetal”). Durante la fase de curación, los hongos o micobacterias, como las bacterias de la tuberculosis (TB), pueden descomponer el teratoma, provisto que estén disponibles. La hinchazón llena de pus se presenta como un **absceso ovárico**. El proceso de curación va acompañado de **sudores nocturnos**. Si el teratoma permanece, el crecimiento se encapsula. Sorprendentemente, un teratoma encapsulado, denominado **quiste dermoide**, puede contener estructuras como cabello, dientes o huesos.



**DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS OVARIOS:** Los ovarios están ubicados en el lado derecho e izquierdo del útero al que se unen a través de ligamentos en forma de cordón. Durante el ciclo mensual de una mujer, un óvulo, formado a partir de células germinales primordiales, crece en un pequeño saco, llamado folículo. En el momento de la ovulación, el folículo se abre permitiendo que el óvulo se libere y viaje desde un ovario a través de las trompas de Falopio para encontrarse con un espermatozoide para la fecundación. Después de unos seis días, el óvulo fecundado o el blastocisto se implanta en la cavidad uterina. El cuerpo lúteo, un grupo de células productoras de progesterona en los ovarios, facilita el embarazo. El tejido ovárico contiene células intersticiales que se asemejan a las de los testículos. Las células intersticiales son responsables de la producción de estrógenos y pequeñas cantidades de testosterona. El estrógeno juega un papel importante en el impulso sexual de una mujer y en la “disposición para aparearse”. Los ovarios de origen del mesodermo nuevo y, por lo tanto, son controlados desde la médula cerebral.



**NIVEL CEREBRAL:** Los ovarios se controlan desde la **médula cerebral**, en el área donde colinda con el mesencéfalo. El ovario derecho se controla desde el lado izquierdo del cerebro; el ovario izquierdo se controla desde el hemisferio cerebral derecho. Por tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

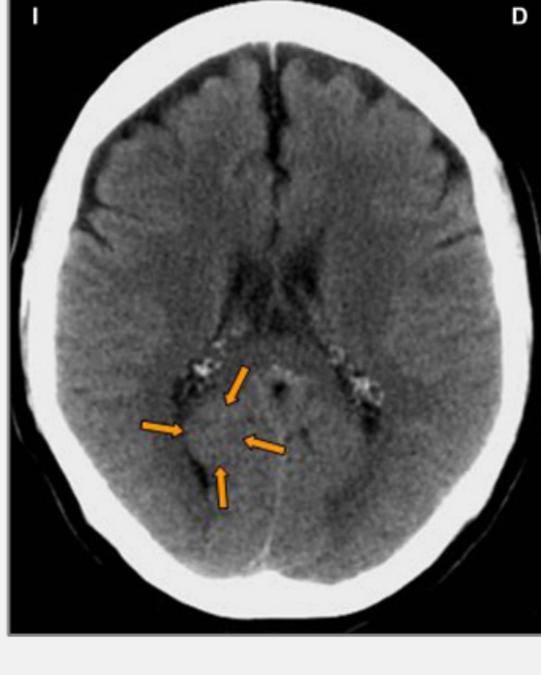
**NOTA:** Los ovarios y los testículos comparten los mismos relés cerebrales.

**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado a los ovarios es un **conflicto de pérdida** relacionado con la pérdida de un ser querido (ved también el conflicto de pérdida relacionado con los testículos). En comparación, el conflicto de pérdida relacionado con las células germinales femeninas es más de naturaleza primitiva. El miedo a perder a una persona amada ya puede desencadenar el conflicto. Lo mismo ocurre con la pérdida de una mascota. El culparse a sí mismo constantemente después de una ruptura o la muerte de alguien cercano puede mantener activo el conflicto. Las mujeres también sufren conflictos de pérdida después de abortos espontáneos o forzados (comparad con los conflictos de implantación relacionados con el útero). Un conflicto de pérdida se puede activar a través de una discusión, traición o infidelidad de una pareja o amigo. **NOTA:** El conflicto de pérdida relacionado con los ovarios solo concierne una persona o una mascota y NO la pérdida de un hogar (ved

conflicto de separación relacionado con los conductos galactóforos).

**FASE DE CONFLICTO ACTIVO:** **necrosis (pérdida celular) en el ovario.** Debido a la reducción de las células productoras de estrógenos, el **nivel de estrógenos disminuye**. Dependiendo de la intensidad del conflicto, la actividad conflictiva prolongada resulta en **períodos irregulares**, una **menarquia retrasada** (primera menstruación), **amenorrea** (ausencia de menstruación) o **infertilidad** hasta que se resuelve el conflicto (ved también cuello uterino). La “pérdida” del niño no concebido puede conducir a una infertilidad perdurable.

**NOTA:** Si el ovario derecho o izquierdo está afectada depende de la lateralidad de la mujer y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.



En este escáner cerebral, vemos un Foco de Hamer activo (nítido anillo diana) en el área del cerebro que controla el ovario derecho (ved el [diagrama de la GNM](#)) – compárese con la TC del cerebro abajo. Para una mujer diestra, el conflicto de pérdida relacionado está asociado con una pareja, para una mujer zurda con su madre o hijo.

**FASE DE CURACIÓN:** Después de la resolución del conflicto (**CL**), la pérdida de tejido se repone con nuevas células, idealmente asistidas por bacterias como la bacteria estreptococo. Los **síntomas de curación** son el **dolor** causado por la hinchazón. Una inflamación o “infección” de los ovarios se llama **anexitis** (el mismo término médico se usa para la inflamación de las trompas de Falopio).

Una característica especial de la curación de los ovarios es el desarrollo de un **QUISTE OVÁRICO**. Provisto que no haya recaídas conflictivas que interrumpan la curación, el proceso tarda, como un embarazo, nueve meses en completarse (ved también quiste testicular, quiste renal y quiste adrenal). La formación del quiste ocurre en varios pasos.

Durante la **PCL-A**, se forma una cápsula llena de fluido o un quiste en el sitio de la necrosis. Con la retención de agua (el **SÍNDROME**) provocado por un conflicto activo de abandono o existencia, un quiste ovárico puede volverse bastante grande ya que el agua retenida se almacena excesivamente en el área en curación. El o los quistes grandes causan un dolor considerable, **particularmente durante la menstruación, y sangrado menstrual abundante** (ved también mucosa del útero, músculos del útero, cuello uterino y depresión maníaca). Lo que se denomina **“ovarios poliquísticos”** (OPQ) apunta a múltiples conflictos de pérdida que resultan en “muchos” quistes.

Para restaurar la pérdida celular que ocurrió durante la fase de conflicto activo, las células ováricas comienzan a proliferar dentro del quiste. En esta etapa temprana, el quiste se adhiere al tejido vecino para el suministro de sangre; adherirse a los tejidos adyacentes también estabiliza el quiste. Detectado durante este período, el “crecimiento” se diagnostica, en términos de la medicina convencional, como un **cáncer de ovario “invasivo o infiltrante”** (comparad con el cáncer de ovario relacionado con las células germinales) y se asume erróneamente que “metastatiza” hacia órganos cercanos. Según las Cinco Leyes Biológicas, las nuevas células ováricas no pueden considerarse “células cancerosas”, ya que el incremento celular es, en realidad, un proceso de reposición.

**NOTA:** La medicina convencional usa un “antígeno del cáncer” llamado **CA 125** como marcador tumoral del cáncer de ovario. Al igual que la prueba de PSA, la prueba de detección de CA 125 no es fiable ni concluyente. “El problema es que, si bien el CA 125 es producido por células epiteliales de cáncer de ovario, también lo producen las células normales. Algunas personas tienen niveles naturalmente altos de CA 125. En muchos casos, la inflamación o irritación de los tejidos en el abdomen, o condiciones que incluyen fibroides uterinos, pueden hacer que los niveles de CA 125 aumenten. La endometriosis, las

enfermedades hepáticas, incluidas la hepatitis y la cirrosis, y la enfermedad inflamatoria pélvica también pueden afectar los niveles de CA 125. Por otro lado, del 10 al 20 por ciento de las pacientes con cáncer de ovario tienen niveles normales de CA 125 cuando se diagnostican sus tumores. Un estudio encontró que entre las pacientes con cáncer de ovario en etapa 1, menos de la mitad tenían niveles anormales de CA 125” (“Special Report: Tumor Marker CA 125”, *HoltzReport*, diciembre de 1997).

Después de la Crisis Epileptoide, el quiste ha perdido la mayor parte de su fluido. En **PCL-B**, el **quiste** se endurece, se separa del tejido vecino y, dotado de vasos sanguíneos, se **integra completamente en la función de producción de hormonas de los ovarios**. Y este es precisamente el **propósito biológico**. El aumento de estrógenos que proporciona el quiste hace más atractiva a la mujer que ha perdido una cría o pareja, incrementándose al mismo tiempo su disposición para aparearse, lo que la coloca en una posición ideal para compensar la pérdida y volver a quedar embarazada.

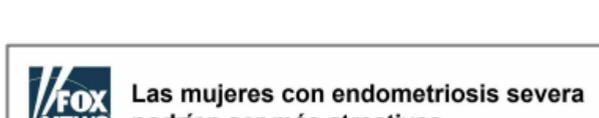
**NOTA:** Todos los **órganos que derivan del mesodermo nuevo** (“grupo excedente”), incluidos los ovarios, muestran el **propósito biológico al final de la fase de curación**. Una vez se ha completado el proceso de curación, el órgano o tejido es más fuerte que antes, lo que permite estar mejor preparado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



Esta TC cerebral muestra hinchazón (edema) en el relé cerebral del ovario derecho ([ved el diagrama de la GNM](#)), empujando hacia el ventrículo lateral izquierdo. La TC confirma la presencia de un quiste ovárico al nivel orgánico (comparad con la TC anterior).

Si la presión en un quiste líquido o semilíquido se vuelve demasiado fuerte, el **quiste podría estallar**. La retención de agua debida al SÍNDROME, un golpe en el abdomen, una caída o accidente, una punción exploratoria o una cirugía prematura pueden causar la ruptura. Cuando el quiste se rompe, el fluido pasa a la cavidad abdominal y las células ováricas liberadas se adhieren a la pared abdominal (peritoneo) o a un órgano abdominal como la vejiga o el recto. En este caso, el desarrollo del quiste tiene lugar fuera del ovario. Esto es lo que se denomina erróneamente **endometriosis**. Un quiste que se forma dentro de un ovario (“endometriosis ovárica profunda”) también se llama **endometrioma ovárico**. Si dicho quiste contiene sangre menstrual vieja, esto se conoce como un “**quiste de chocolate**” debido al color marrón, parecido al alquitrán, de la cavidad del quiste llena de fluido.

Según la medicina convencional, la endometriosis es un “crecimiento de tejido endometrial fuera del útero”. Sin embargo, los análisis del escáner cerebral del Dr. Hamer demuestran que todas las mujeres con endometriosis muestran el Foco de Hamer, no en el tronco cerebral desde donde se controla el endometrio (revestimiento interno del útero), sino en la médula cerebral, es decir, en el área del cerebro que controla los ovarios (ved TC arriba). Esto también explica por qué la endometriosis incrementa el nivel de estrógenos de la mujer, un hecho que hasta ahora no se podía explicar.



El Dr. Hamer recomienda encarecidamente que un quiste ovárico solo se extirpe cuando el quiste esté completamente madurado (indurado). La **cirugía** de un quiste semilíquido disemina las células ováricas hacia el área abdominal causando complicaciones innecesarias. En la medicina convencional, las “células tumorales en expansión” se suelen interpretar como “metástasis”. Además, el anuncio de la cirugía y la operación en sí pueden desencadenar un “conflicto de ataque” que resulte en el desarrollo de un mesotelioma peritoneal, un tumor en la pared abdominal en el sitio de la cirugía. El miedo al cáncer y la hospitalización pueden provocar un conflicto de existencia,

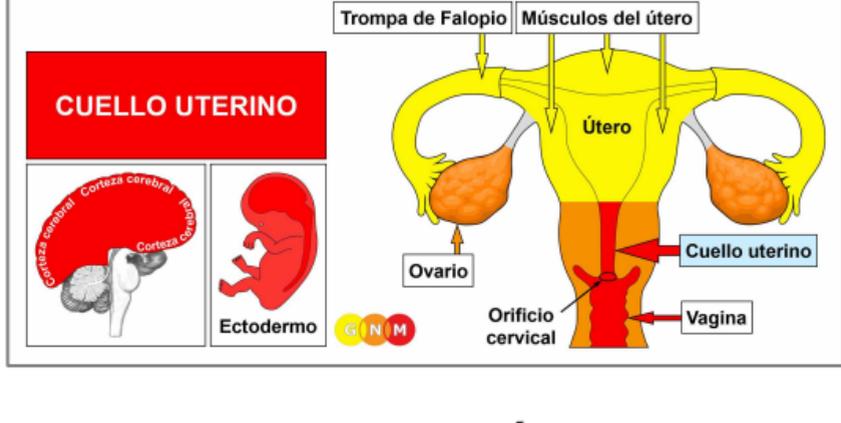
lo que conduce al desarrollo de ascitis (retención de agua en el abdomen), que a menudo se observa en las mujeres después de un diagnóstico de cáncer de ovario.

**NOTA:** La extirpación de los ovarios, que se realiza habitualmente con una histerectomía (extirpación del útero), cambia drásticamente el estado hormonal de la mujer y, subsecuentemente, su identidad biológica (ved género, lateralidad y estado hormonal). La cantidad de estrógenos producidos en las glándulas adrenales no es suficiente para compensar la pérdida de producción de estrógenos en los ovarios.

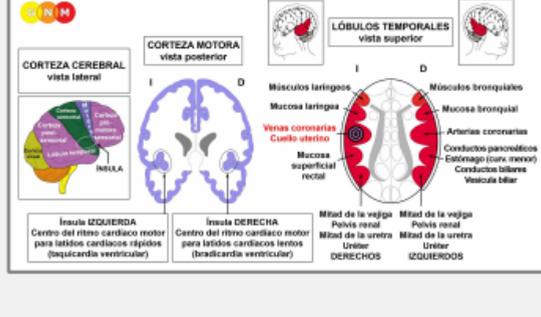
### ¿Son las histerectomías demasiado comunes?

“Más de **600,000 mujeres americanas este año** se someterán a una histerectomía o extirpación del útero. Esa tasa se encuentra entre las más altas del mundo industrializado. A los 60 años, una de cada tres mujeres en los EE. UU. se habrá sometido a la cirugía y, en la mayoría de los casos, también se les habrán extirpado los **ovarios y las trompas de Falopio durante el procedimiento**. Los médicos han recurrido durante mucho tiempo a la histerectomía como tratamiento para condiciones que van desde períodos abundantes hasta cáncer de ovario, pero **su uso generalizado preocupa a algunos críticos, que dicen que equivale a la castración femenina**”.

*TIME*, 17 de julio de 2007



**DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL CUELLO UTERINO:** El cérvix o “cuello del útero” es la parte inferior del útero que conduce al canal vaginal. El orificio del cuello uterino se abre hacia el extremo superior de la vagina, lo que permite que los espermatozoides y el fluido menstrual se muevan. El cuello uterino está rodeado por una estructura muscular en forma de cilindro, el orificio por un músculo esfínter. El revestimiento interno del cuello uterino es una membrana mucosa que secreta fluidos, principalmente agua, para mantener húmedo el canal cervical. La mucosa del cuello uterino consta de epitelio escamoso, se origina del ectodermo y, por lo tanto, se controla desde la corteza cerebral.



**NIVEL CEREBRAL:** El cuello uterino se controla desde la **ínsula izquierda** (parte del **lóbulo temporal**). La **ínsula** está ubicada profundamente en la corteza cerebral, exactamente en el punto donde se encuentran las cuatro cortezas cerebrales (corteza pre-motora sensorial, corteza motora, corteza sensorial, corteza post-sensorial).

**NOTA:** El cuello uterino y las venas coronarias comparten el mismo relé cerebral y, por lo tanto, el mismo conflicto biológico. Por lo tanto, en las mujeres, los Programas Especiales Biológicos se ejecutan simultáneamente.

**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado a la mucosa del cuello uterino es un **conflicto sexual** o **conflicto de apareamiento** (significando, en términos biológicos, que la reproducción está en juego) o un **conflicto de pérdida territorial**, según el género, la lateralidad y el estado hormonal de la persona (ved también Constelación Postmortal, Constelación de Casanova, Constelación de Ninfo). En comparación, el conflicto asociado con el útero tiene que ver principalmente con la “implantación”. En los hombres, el conflicto sexual corresponde a las venas coronarias (con un estado bajo de testosterona) o a la próstata (cuando el nivel de testosterona está en el rango normal).

Género, Lateralidad, Estado Hormonal	Conflicto Biológico	Órgano Afectado
Mujer diestra (EHN)	Conflicto sexual	Venas coronarias y Cuello del útero
Mujer zurda (EHN)	Conflicto sexual	Arterias coronarias*
Mujer diestra (EBE)	Conflicto de pérdida territorial	Arterias coronarias
Mujer zurda (EBE)	Conflicto de pérdida territorial	Venas coronarias y Cuello del útero*

EHN = Estado hormonal normal

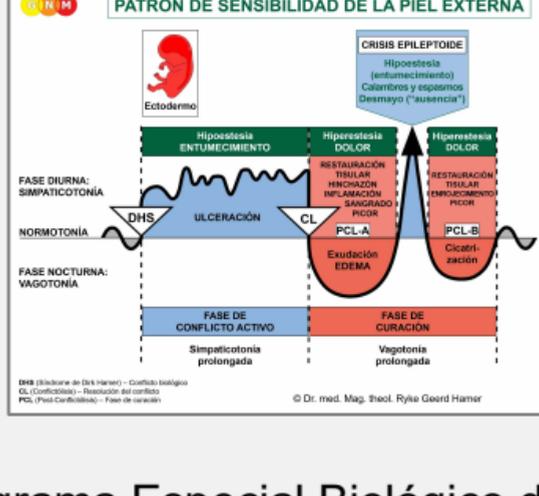
EBE = Estado bajo de estrógenos

\*Con los zurdos el conflicto se transfiere al otro hemisferio cerebral

En línea con el razonamiento evolutivo, los **conflictos territoriales**, los **conflictos sexuales** y los **conflictos de separación** son las temáticas principales de conflicto asociadas con los órganos de origen ectodérmico, controlados desde la **corteza sensorial, pre-motora sensorial y post-sensorial**.

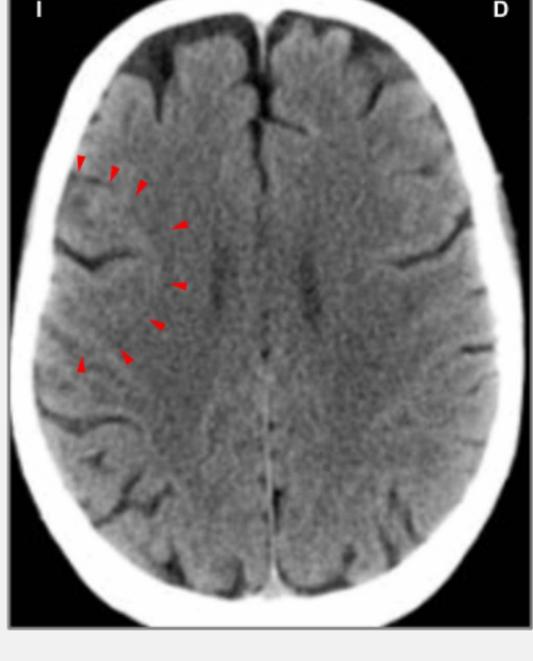
Un conflicto sexual se refiere a cualquier **angustia relacionada con la sexualidad**. Esto incluye sexo doloroso (por primera vez), abuso sexual, acoso sexual, prácticas sexuales no deseadas, rechazo sexual, sentirse sexualmente no deseado, falta de actividad sexual debido a una separación inesperada o pérdida de una pareja. La pornografía ofensiva, descubrir que la pareja o el cónyuge se está acostando con otra persona o las interrupciones durante las relaciones sexuales pueden desencadenar el conflicto. Como resultado de la sexualización temprana, las niñas viven hoy el conflicto a una edad muy temprana. La ligadura de trompas, el uso de un DIU o la toma de anticonceptivos para prevenir un embarazo podría invocar un conflicto sexual en un nivel psicobiológico sutil.

**NOTA:** Si una mujer tiene un nivel bajo de estrógenos, por ejemplo, después de la menopausia, ya no puede experimentar un conflicto de apareamiento en términos biológicos. Por lo tanto, responderá más probablemente a la angustia sexual con el útero. Esto explica por qué, según estudios epidemiológicos, el 90% de las mujeres con cáncer de útero tienen más de 50 años (Fuente: *Annals of Oncology*, 16-41, 2016).



El Programa Especial Biológico del **cuello uterino** 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 de la mucosa del cuello uterino** proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. El **propósito biológico de la pérdida celular** es ensanchar el cuello uterino, por lo que cuando se produce el apareamiento, más espermatozoides pueden llegar al útero, lo que mejora las posibilidades de concepción. El conflicto afecta al mismo tiempo a las venas coronarias. La ulceración de la íntima de las venas coronarias causa una **angina de pecho moderada**.



Esta TC muestra un Foco de Hamer en el área del cerebro que controla el cuello uterino (**ved el diagrama de la GNM**). El borde claramente definido indica que la mujer está activa con un conflicto sexual.

Con el impacto del conflicto en el lóbulo temporal izquierdo (área de conflicto femenino), el **nivel de estrógenos disminuye**. En GNM, hablamos en este caso de un desequilibrio hormonal relacionado con el conflicto.

Dependiendo de la intensidad del conflicto, la prolongada actividad conflictiva resulta en **períodos irregulares**, una **menarquia retrasada** (primera menstruación), **amenorrea** (ausencia de menstruación) o **infertilidad** hasta que se resuelve el conflicto (**ved también ovarios**).

## EL CICLO MENSTRUAL en el contexto de las Cinco Leyes Biológicas



Al igual que un Programa Especial Biológico (SBS) iniciado por un DHS, el ciclo menstrual femenino tiene **dos fases**: la fase folicular seguida de la fase lútea.

La **fase folicular** lleva el nombre de los folículos que se encuentran en los ovarios. Activado por la hormona folículo estimulante (FSH) secretada por la glándula pituitaria, durante cada ciclo menstrual se desarrollan entre 8 y 15 folículos. Sin embargo, sólo un folículo alcanza la madurez. El folículo tarda 13 días en madurar por completo. El folículo maduro contiene el huevo (óvulo) que está listo para ser fecundado.

Los folículos ováricos producen cantidades cada vez mayores de estrógeno. Por tanto, durante la fase folicular, el nivel de estrógeno aumenta. El estrógeno hace que el revestimiento interno del útero crezca (de acuerdo con el **principio de los órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo** que generan proliferación celular durante la fase de conflicto activo). El propósito biológico del tejido adicional es engrosar el revestimiento del útero para proporcionar un ambiente óptimo para el embrión. Esto demuestra que la Naturaleza anticipa la fecundación del óvulo. El nivel de estrógeno alcanza su punto máximo durante la ovulación.

La **ovulación** ocurre el día 14 del ciclo menstrual. Durante la ovulación, el óvulo maduro se libera de un ovario y es arrastrado hacia una de las dos trompas de Falopio para su fecundación. **NOTA:** La ovulación se controla desde el lóbulo temporal izquierdo, precisamente, desde el relé cerebral que controla el cuello uterino (**ved el diagrama de la GNM**).

Un huevo fecundado inicia inmediatamente el proceso de embriogénesis, es decir, su desarrollo embrionario. El embrión en desarrollo tarda unos tres días en llegar al útero y otros tres días en implantarse en la pared del útero (endometrio). En el momento de la implantación, el embrión ha alcanzado la etapa de **blastocisto**. En dos semanas, el blastocisto se divide en tres capas germinales embrionarias (endodermo, mesodermo y ectodermo), a partir de las cuales se desarrollan todos los órganos y tejidos del organismo humano.

La **fase lútea** lleva el nombre del cuerpo lúteo ("cuerpo amarillo") que consta de las células del folículo ovárico que quedan después de la ovulación. El cuerpo lúteo produce progesterona, una hormona que prepara el útero para el embarazo. Durante la primera mitad de la fase lútea el nivel de progesterona aumenta (el nivel de estrógeno disminuye abruptamente después de la ovulación). Si el óvulo ha sido fecundado, el cuerpo lúteo sigue segregando progesterona para mantener el nuevo embarazo. Alrededor de la décima semana de embarazo, el cuerpo lúteo se descompone y la placenta se hace cargo de la producción de progesterona. La progesterona es una hormona que suprime la producción de estrógeno. Así, cuando una mujer está embarazada, biológicamente hablando es un hombre (la progesterona de los anticonceptivos tiene el mismo efecto). Sin fecundación, siete días después de la ovulación, el cuerpo lúteo se desintegra y el nivel de progesterona disminuye. La caída del nivel de progesterona marca el comienzo de la fase premenstrual que dura unos siete días. Durante la menstruación, el revestimiento del útero se desprende a través de la vagina.

El inicio de la menstruación es un indicio de que la mujer no ha quedado embarazada. En la Naturaleza, esto equivale a un conflicto biológico (DHS) que inicia un nuevo ciclo menstrual, comenzando con la fase folicular (**fase de conflicto activo**). La ovulación, cuando el huevo maduro se libera del folículo y está listo para la fecundación, es igual a la resolución del conflicto (**CL**), seguida de la fase lútea (fase PCL). La fase premenstrual es como una fase pre-epileptoide. De ahí que a lo largo de esa fase la mujer se vuelva cada vez más simpaticotónica. Los síntomas del síndrome premenstrual, como sentirse nervioso e irritable, ocurren durante este período de la fase lútea. La menstruación con calambres abdominales provocados por la contracción de los músculos del útero es similar a una Crisis Epileptoide.

**NOTA:** Para una mujer individual, la duración de la fase folicular puede variar de un ciclo a otro, mientras que la duración de la fase lútea es bastante constante.

**FASE DE CURACIÓN:** Durante la primera parte de la fase de curación (**PCL-A**) la pérdida de tejido en el cuello uterino se repone a través de la **proliferación celular** con **hinchazón** debida al edema (acumulación de fluido) en el área en curación. En la medicina convencional, una proliferación celular profusa se diagnostica como **cáncer de cuello uterino**. En base a las Cinco Leyes Biológicas, las nuevas células no pueden considerarse “células cancerosas”, ya que el incremento celular es, en realidad, un proceso de reposición.

**Los síntomas de curación** son **dolor y sangrado del cuello uterino**, que van de leves a severos. También puede haber alguna **secreción** amarilla debido a la actividad bacteriana. Un proceso de curación intenso y prolongado (curación pendiente) causa **períodos menstruales largos y abundantes** (ved también mucosa del útero, músculos del útero, ovarios y depresión maníaca). Durante la Crisis Epileptoide, los músculos de la pared interna del canal cervical se contraen con **calambres dolorosos**. Otros síntomas de la Epi-Crisis son un **latido cardíaco rápido** (taquicardia) ya que las venas coronarias sufren la crisis de curación al mismo tiempo.

**NOTA:** Todas las Crisis Epileptoides que se controlan desde la **corteza sensorial, post-sensorial o pre-motora sensorial** se acompañan de **problemas circulatorios, mareos**, breves **alteraciones de la conciencia** o una completa **pérdida de la conciencia** (desmayo o “ausencia”), dependiendo de la intensidad del conflicto. Otro síntoma distintivo es una **caída de azúcar en sangre** causada por el uso excesivo de glucosa por parte de las células cerebrales (comparad con la hipoglucemia relacionada con las células de los islotes del páncreas).

En **PCL-B**, la hinchazón en el cuello uterino cede lentamente; también lo hace el sangrado y el dolor. Las **verrugas cervicales**, también llamadas **verrugas genitales o condiloma**, son el resultado de continuas recaídas conflictivas (ved también verrugas vaginales).



La **PRUEBA DE PAPANICOLAOU** es una prueba de detección del cáncer que busca cambios en el tejido cervical. Por tanto, la prueba puede ser positiva (“precancerosa”) en la fase de conflicto activo (ulceración en la mucosa cervical) así como en la fase de curación (restauración de la capa epitelial escamosa del cuello uterino a través de la proliferación celular). Ninguno de estos cambios es “anormal”, sino que ocurren naturalmente durante las dos fases del Programa Especial Biológico. Como la prueba de PSA, una prueba de Papanicolaou es solo un marcador que indica el grado de actividad conflictiva o de curación.

La industria médica afirma que el cáncer de cuello uterino es causado por el llamado **Virus del Papiloma Humano (VPH)**, supuestamente transmitido a través del contacto sexual. En 2006, la FDA aprobó la vacuna *Gardasil* para supuestamente “proteger” a las adolescentes contra el “cáncer de cuello uterino”. La vacuna también se aplica a los niños de 9 a 12 años para “prevenir la propagación de la infección por VPH”.

“El riesgo de cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos ya es extremadamente bajo y es poco probable que las vacunas tengan algún efecto sobre la tasa de cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos. De hecho, el 70% de todas las infecciones por VPH se resuelven solas sin tratamiento en un año, y el número aumenta a más del 90% en dos años” (Diane Harper).

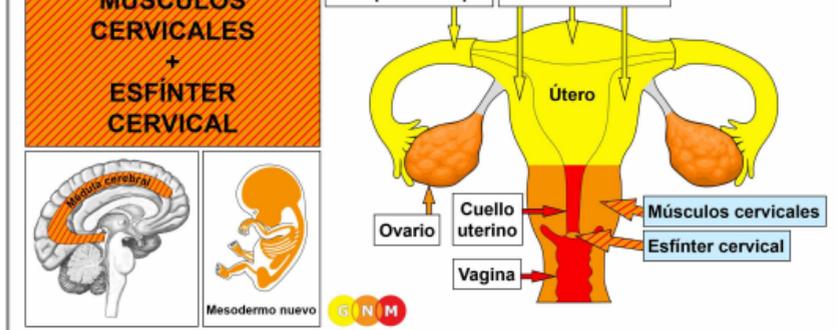
*La Dra. Diane Harper fue una destacada experta responsable de los estudios de seguridad y eficacia de Fase II y Fase III que aseguraron la aprobación de las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), Gardasil™ y Cervarix™. Ahora es la última de una larga serie de expertos que están presionando el botón rojo de alerta sobre las devastadoras consecuencias y la irrelevancia de estas vacunas. La Dra. Harper hizo su sorprendente confesión en la 4ta Conferencia Internacional sobre Vacunación que tuvo lugar en Reston, Virginia, en 2015.*

Fuente: C. Thomas Corriher, *Defy your doctor and be healed* [Desafía a tu médico y sé curado], 2013



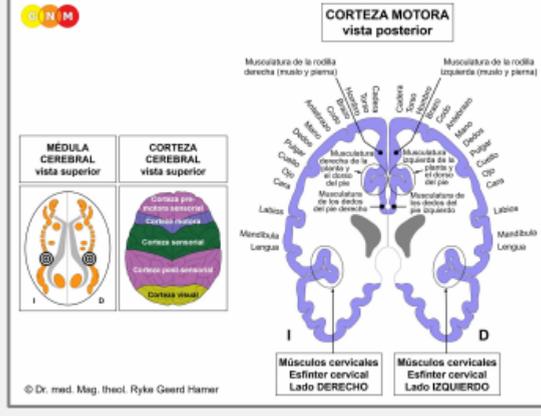
**“Al igual que con el VIH, la hepatitis, el SRAS, la Polio, el H5N1, el H1N1 – un VPH nunca ha sido aislado y científicamente probado”.**

T. Engelbrecht y C. Koehnlein, *Virus Mania*, 2007



## DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS CERVICALES Y ESFÍNTER CERVICAL:

El cuello uterino está rodeado por un cuerpo de músculos con un músculo esfínter en la abertura vaginal. Durante el parto, los músculos cervicales se contraen y el esfínter se abre para ayudar al parto del niño (ved también músculos del útero y músculos vaginales). Lo mismo ocurre durante el orgasmo femenino, donde el esfínter cervical se relaja para que el pene pueda penetrar fácilmente en el cuello uterino con los músculos cervicales sujetando el pene con fuerza. Los músculos cervicales y el esfínter cervical están compuestos de músculos estriados, se originan del mesodermo nuevo y se controlan desde la médula cerebral y la corteza motora.



**NIVEL CEREBRAL:** Los músculos cervicales y el esfínter cervical tienen dos centros de control en el cerebro. La función trófica de los músculos, responsables de la nutrición del tejido, se controla desde la **médula cerebral**; la contracción de los músculos se controla desde la **corteza motora** (parte de la corteza cerebral). La mitad derecha de los músculos cervicales y el esfínter cervical se controlan desde el lado izquierdo del cerebro; las mitades izquierdas se controlan 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**).

**NOTA:** Los músculos cervicales y el esfínter cervical, los músculos vaginales, el músculo vesical y el esfínter vesical externo, los músculos rectales y el esfínter anal externo comparten los mismos relés cerebrales.

**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado a los músculos cervicales y esfínter cervical es **“no poder sostener suficientemente al feto”** (embarazo difícil, miedo al aborto espontáneo, abortos; ved también músculos del útero) o **“no poder sostener el pene lo suficientemente apretado durante el coito”** (comparad con los músculos vaginales). El conflicto es similar a un conflicto de desvalorización de sí mismo.

**FASE DE CONFLICTO ACTIVO:** **pérdida celular (necrosis) de tejido muscular cervical** (controlada desde la médula cerebral) y, proporcional al grado de actividad conflictiva, incremento de la **parálisis o debilidad de los músculos cervicales** (controlada desde la corteza motora). Al mismo tiempo, se abre el esfínter cervical (¡No hay necrosis con los esfínteres!).

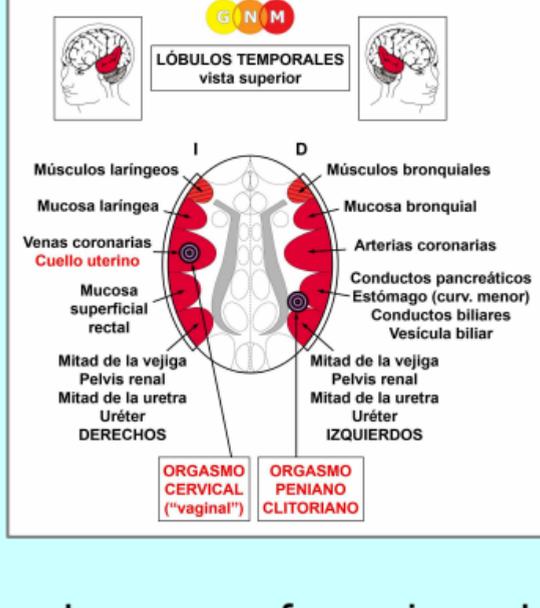
**NOTA:** Los músculos estriados pertenecen al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado con pérdida funcional (ved también los Programas Especiales Biológicos de las células de los islotes del páncreas (células alfa de los islotes y células beta de los islotes), oído interno (cóclea y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

**NOTA:** Los **esfínteres externos** (esfínter vesical externo, esfínter anal externo, esfínter cervical) constan de músculos estriados, mientras que los esfínteres internos como el esfínter vesical interno y el esfínter anal interno constan de músculo liso. Los esfínteres externos tienen una inervación inversa, lo que significa que se cierran por contracción en la vagotonía, es decir, en la fase de curación, y se abren por relajación en la simpaticotonía, es decir, en la fase de conflicto activo y Crisis Epileptoide. En cuanto al esfínter cervical, la angustia repentina que sufre una mujer embarazada o el feto abre el esfínter induciendo un nacimiento prematuro o un aborto espontáneo.

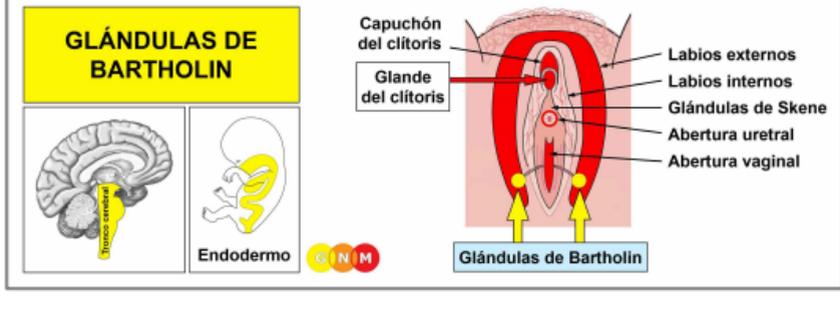
**FASE DE CURACIÓN:** Durante la fase de curación, se reconstruyen los músculos cervicales y se cierra el esfínter cervical. La Crisis Epileptoide se presenta como **espasmos cervicales**.

**NOTA:** Todos los **órganos que derivan del mesodermo nuevo** (“grupo excedente”), incluidos los músculos cervicales, 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.

## EL ORGASMO FEMENINO

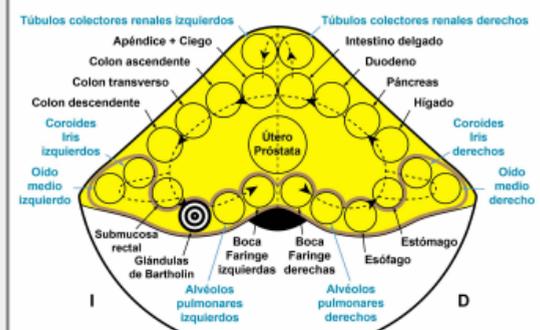


Durante el orgasmo femenino, el esfínter cervical se abre mientras los músculos cervicales se contraen (igual a la contracción muscular rítmica que ocurre en la Crisis Epileptoide de los músculos esqueléticos). Cuando el hombre eyacula, el movimiento de “succión” del cuello uterino ayuda a llevar el semen al útero. El **orgasmo cervical** (en lugar de vaginal) se inicia desde el “área de conflicto femenina” en el lado izquierdo de la corteza cerebral, precisamente, desde el relé cerebral que controla el cuello uterino. En el punto álgido del orgasmo, todo el lóbulo temporal izquierdo se ve implicado, incluida la laringe (jadeo) y el recto. Tanto el **orgasmo clitoriano** como el orgasmo peniano se controlan desde el lado derecho de la corteza post-sensorial (ved clítoris); el orgasmo rectal se controla desde el lado izquierdo.



**DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN:** Las glándulas de Bartholin se encuentran a cada lado de la abertura vaginal. Al igual que las glándulas productoras de esmegma que lubrican la cabeza del pene, la función de las glándulas de Bartholin es secretar moco (cualidad secretora) para lubricar la abertura vaginal en preparación para el coito. Las glándulas de Bartholin constan de epitelio cilíndrico intestinal, se originan del endodermo y, por lo tanto, se controlan desde el tronco cerebral.

**NOTA:** La **glándula de Skene**, situada en la pared superior de la vagina, es equivalente a la glándula prostática masculina. Las secreciones producidas por la glándula de Skene contienen fluido prostático, ¡Incluyendo PSA! Al igual que con la próstata, los conductos de la glándula desembocan en la uretra. Durante la excitación sexual, el fluido se expulsa a través de la abertura uretral, lo que explica la “eyaculación femenina”. En 2002, el *Federative International Committee on Anatomical Terminology* cambió oficialmente el nombre de la glándula de Skene a “próstata femenina”.



**NIVEL CEREBRAL:** Las glándulas de Bartholin se controlan desde el lado izquierdo del **tronco cerebral**. El centro de control se encuentra junto al centro de control de la submucosa rectal.

**NOTA:** Las glándulas de Bartholin, las glándulas productoras de esmegma y la submucosa vesical (trígono vesical) comparten el mismo relé cerebral.

**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado a las glándulas de Bartholin es “**no poder producir suficiente mucosidad vaginal**”. Los preliminares insuficientes y el sexo doloroso cuando la vagina no está lo suficientemente lubricada típicamente activan el conflicto.

#### **FASE DE CONFLICTO ACTIVO:**

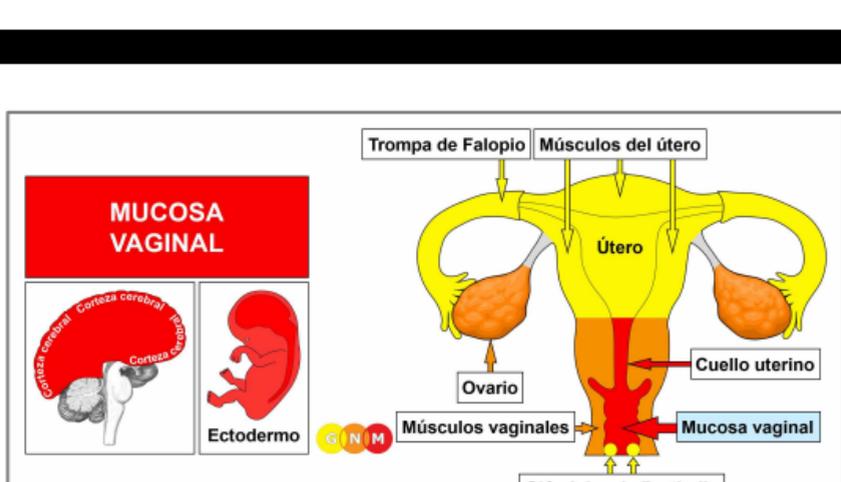
Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, las células de las glándulas de Bartholin proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es aumentar la secreción de moco vaginal para facilitar la penetración.

#### **FASE DE CURACIÓN:**

Tras la resolución del conflicto (**CL**), los hongos o las micobacterias, como las bacterias de la tuberculosis (TB), eliminan las células que ya no son necesarias. Si el proceso de curación es intenso, la acumulación de pus forma un absceso (**absceso de Bartholin**) o un quiste lleno de fluido (**quiste de Bartholin**) que se vacía espontáneamente durante la Crisis Epileptoide. Con la retención de agua concurrente debida al SÍNDROME, el absceso o quiste podría ocluir el conducto que sale de la glándula.

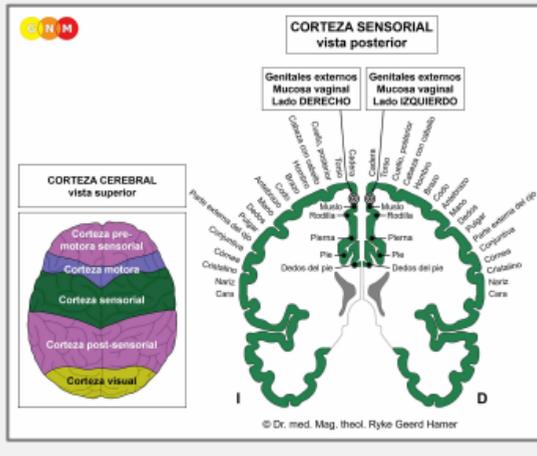
Cuando los hongos asisten la curación, esto causa **candidiasis** (ved también candidiasis relacionada con la mucosa del útero y las trompas de Falopio). La secreción fúngica producida durante la eliminación celular se excreta a través de la abertura vaginal. **NOTA:** El “**flujo vaginal**” se origina en las glándulas de Bartholin y no, como se asume, en la vagina, ya que el canal vaginal no está dotado de una submucosa endodérmica y, posteriormente, no está poblado por hongos o bacterias de la tuberculosis. Las recaídas conflictivas frecuentes conducen a una pérdida de tejido glandular que resulta en **sequedad vaginal** permanente (ved también mucosa vaginal). Al igual que otras enfermedades llamadas venéreas, ¡La candidiasis no es contagiosa! Si la pareja masculina también tiene la condición, esto revela que experimentó – al mismo tiempo – el conflicto de “no poder penetrar una vagina estrecha o seca” con la posterior candidiasis peniana en la fase de curación.

**NOTA:** Los **antibióticos** también causan sequedad vaginal. Destruyen la flora vaginal normal que está habitada en gran parte por la bacteria *Lactobacillus acidophilus*. La “infección por hongos” es provocada por los efectos secundarios de la medicación (“no poder producir suficiente mucosidad vaginal”). Los síntomas de la candidiasis (secreción, picazón) ocurren en la fase de *curación* o después de que finaliza el tratamiento con antibióticos. Los tratamientos adicionales crean un círculo vicioso.



#### **DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA MUCOSA VAGINAL:**

La vagina es el pasaje que va desde el cuello uterino hasta el exterior del cuerpo. La pared exterior de la vagina está compuesta por músculos. La superficie interior es una capa de tejido conectivo que permite una mayor elasticidad durante las relaciones sexuales y el nacimiento del niño/a. La membrana mucosa del revestimiento interno mantiene un nivel constante de humedad en el canal vaginal. La vagina en sí no tiene glándulas. Sin embargo, el plasma sanguíneo que se filtra a través de las paredes vaginales permeables mantiene la vagina húmeda en todo momento. Cuando una mujer se excita sexualmente, el aumento del flujo sanguíneo hacia el área hace que se filtre más fluido al través. Las glándulas de Bartholin producen moco en la abertura vaginal para facilitar la penetración del pene. La mucosa vaginal consta de epitelio escamoso, se origina del ectodermo y, por tanto, se controla desde la corteza cerebral. **NOTA:** La vagina no tiene submucosa endodérmica.

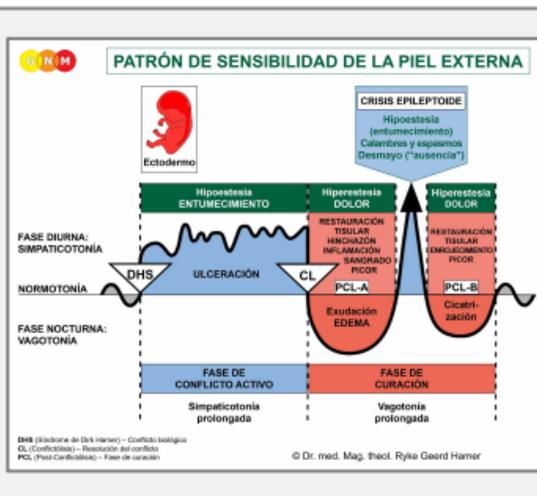


**NIVEL CEREBRAL:** La mucosa vaginal se controla desde la **corteza sensorial** (parte de la corteza cerebral). La mitad derecha de la vagina se controla desde el lado izquierdo de la corteza sensorial; la mitad izquierda se controla desde el hemisferio cortical derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (ved el diagrama de la GNM que muestra el **homúnculo sensorial**).

**NOTA:** La mucosa vaginal y la epidermis de los genitales externos (masculinos y femeninos) comparten los mismos relés cerebrales (ved el diagrama de la GNM).

**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado a la mucosa vaginal es un **conflicto de separación sexual asociado con la vagina**. Similar a un conflicto sexual relacionado con el cuello uterino, una mujer puede sufrir el conflicto por la pérdida inesperada de una pareja sexual, el rechazo sexual, la impotencia de su pareja o cuando se entera de que su hombre se está acostando con otra persona. La sospecha de que su pareja tenga contacto sexual con otra mujer ya puede desencadenar el conflicto. Por el contrario, un conflicto de separación sexual se refiere a *no* querer tener sexo, por ejemplo, debido a la falta de intimidad emocional, el coito doloroso, los preliminares insuficientes, las prácticas sexuales no deseadas o el miedo a quedar embarazada. El miedo a contraer una enfermedad venérea también puede provocar el conflicto.

En línea con el razonamiento evolutivo, los **conflictos territoriales**, los **conflictos sexuales** y los **conflictos de separación** son las temáticas principales de conflicto asociadas con los órganos de origen ectodérmico, controlados desde la **corteza sensorial, pre-motora sensorial y post-sensorial**.



El Programa Especial Biológico de la **mucosa vaginal** 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 (pérdida celular) en la mucosa vaginal** con una disminución o, con una intensa actividad conflictiva, una pérdida completa de la sensibilidad. La **hiposensibilidad vaginal** (entumecimiento) sirve el **propósito biológico** de no poder “sentir” nada para poder afrontar mejor la separación sexual (ved pérdida de memoria a corto plazo con un conflicto de separación).

La ulceración continua de la vagina conduce a la **sequedad vaginal** (ved también las glándulas de Bartholin). Para las mujeres sexualmente activas, el dolor durante el coito suele causar nuevos conflictos de separación sexual junto con la angustia de “no poder producir suficiente mucosidad vaginal”. Como resultado, la sequedad vaginal se vuelve crónica.

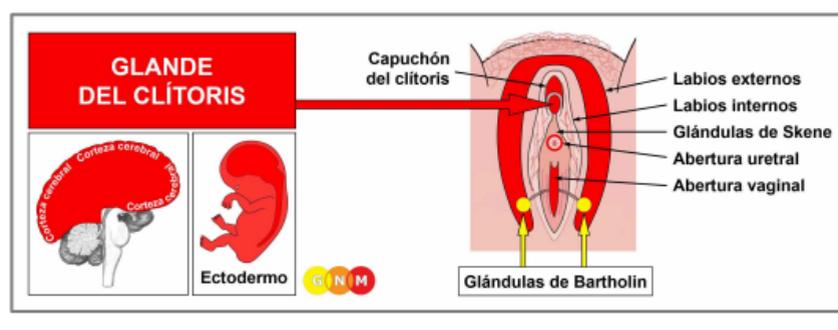
**NOTA:** La lubricación vaginal se controla desde el sistema nervioso parasimpático. Es por esto que la vagina no se humedece cuando una mujer está bajo estrés o con una intensa actividad conflictiva (simpaticotonía) de cualquier conflicto biológico (lo mismo se aplica a la erección del pene).

**FASE DE CURACIÓN:** Durante la primera parte de la fase de curación (**PCL-A**), la ulceración se repone a través de la **proliferación celular**. Los **síntomas de curación son dermatitis vaginal con picazón vaginal** (prurito) y **dolor** (hipersensibilidad). Con una inflamación, la condición se llama **vaginitis**. El **flujo vaginal** es claro, potencialmente con algo de sangrado leve; cuando las bacterias asisten la curación, la secreción es amarilla (comparad con la secreción producida por la actividad fúngica en el útero o en las glándulas de Bartholin).



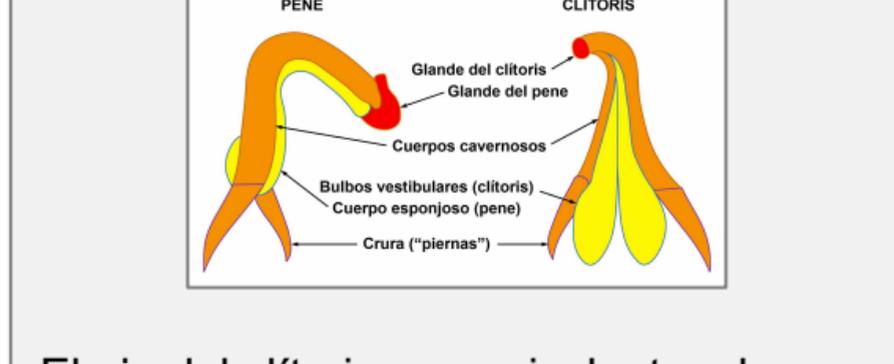
**FASE DE CURACIÓN:** En la fase de curación se reconstruyen los músculos vaginales. Sin embargo, durante la Crisis Epileptoide, los músculos se contraen causando **calambres vaginales tónico-clónicos**, una condición conocida como **vaginismo**. La angustia asociada con el coito doloroso puede convertirse en un raíl que resulte en recaídas en los síntomas.

**NOTA:** Todos los **órganos que derivan del mesodermo nuevo** (“grupo excedente”), incluidos los músculos vaginales, 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.

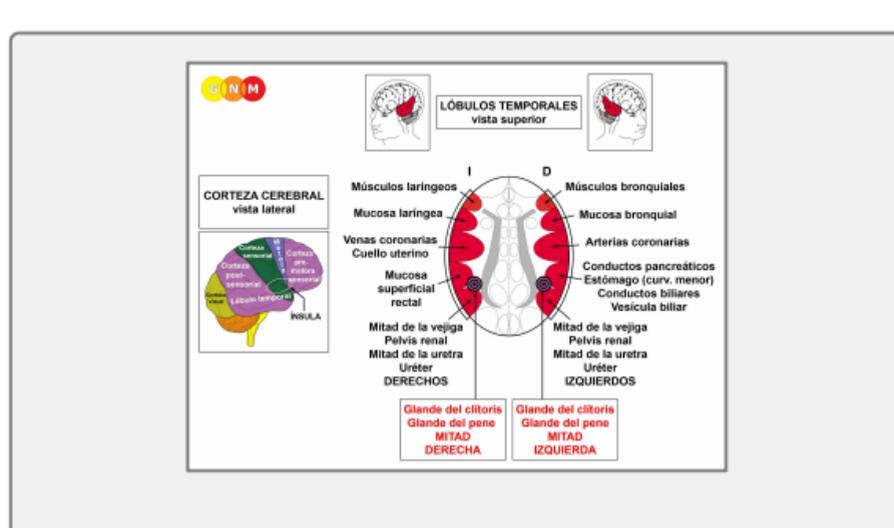


**DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL GLANDE DEL CLÍTORIS:**

El clítoris está situado dentro de la unión frontal de los labios internos, por encima de la abertura de la uretra. El clítoris está formado por el glándulo, el eje del clítoris y capuchón del clítoris. El glándulo del clítoris consta de epitelio escamoso, se origina del ectodermo y, por lo tanto, está controlado desde la corteza cerebral. **NOTA:** El glándulo del clítoris está cubierto por una capa de piel epidérmica pero no está dotado de una dermis (debajo de la piel).



El eje del clítoris es equivalente a los cuerpos cavernosos del pene que se extienden desde las ramas inferiores del hueso púbico hasta la cabeza del pene. En las mujeres, los dos cuerpos cavernosos se encuentran debajo de los labios externos. Las cruras son proyecciones de los cuerpos cavernosos. Al igual que el **cuerpo esponjoso** del pene, los bulbos vestibulares del clítoris son tejido eréctil compuesto principalmente de músculos lisos.



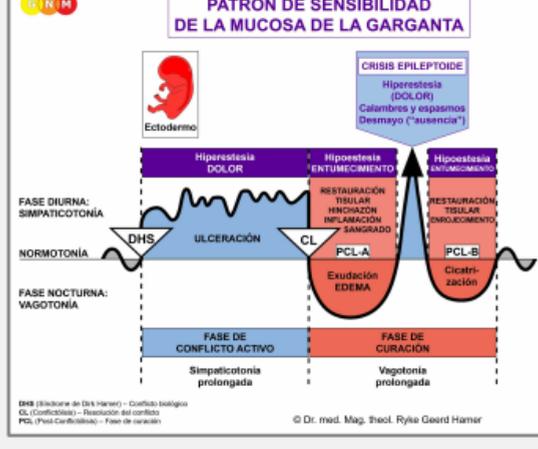
**NIVEL CEREBRAL:** El glándulo del clítoris se controla desde la **corteza post-sensorial** (parte de la corteza cerebral). La epidermis que cubre el glándulo de clítoris se controla desde la corteza sensorial (**ved relés cerebrales de los genitales externos** y mucosa vaginal).

La mitad derecha del glándulo del clítoris se controla desde el lado izquierdo de la corteza post-sensorial (entre los relés del recto y la vejiga derecha); la mitad izquierda se controla desde el hemisferio cortical derecho (entre los relés del estómago y la vejiga izquierda). Por tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

**NOTA:** El glándulo del clítoris y el glándulo del pene comparten los mismos relés cerebrales. Sus centros de control se encuentran fuera de los lóbulos temporales; por lo tanto, no se aplica el principio de género, lateralidad y estado hormonal.

**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado al glándulo del clítoris es **un conflicto de separación severo asociado con el clítoris**, por ejemplo, a través de la pérdida de una pareja sexual o el rechazo sexual (ved también conflicto de separación sexual relacionado con la vagina y la epidermis de los genitales externos). El conflicto también se refiere a no querer ser tocada en el clítoris (abuso sexual, acoso sexual, resistencia al sexo oral, estimulación desagradable del clítoris) o no tener permitido ser tocada en el clítoris, incluido tocarse uno mismo (un DHS que se activa cuando uno es pillado masturbándose).

En línea con el razonamiento evolutivo, los **conflictos territoriales**, los **conflictos sexuales** y los **conflictos de separación** son las temáticas principales de conflicto asociadas con los órganos de origen ectodérmico, controlados desde la **corteza sensorial**, **pre-motora sensorial** y **post-sensorial**.



El Programa Especial Biológico del **glándulo del clítoris** sigue el **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LA MUCOSA DE LA GARGANTA** con hipersensibilidad durante la fase de conflicto activo y la Crisis Epileptoide e hiposensibilidad en la fase de curación.

**NOTA:** A excepción del glándulo del pene y glándulo del clítoris, los genitales externos siguen el **Patrón de Sensibilidad de la Piel Externa**, ya que están controlados desde la **corteza sensorial**.

**FASE DE CONFLICTO ACTIVO:** **ulceración (pérdida celular)**. Durante la actividad conflictiva, el **glándulo del clítoris es demasiado sensible al tacto** (hipersensibilidad).

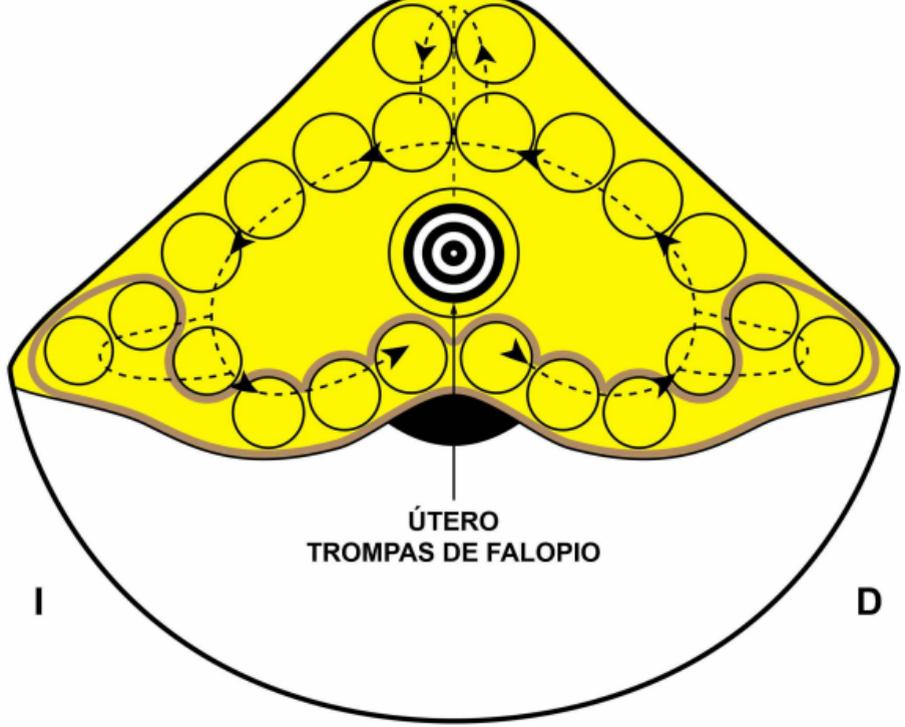
**FASE DE CURACIÓN:** Durante la fase de curación, la ulceración se repone con nuevas células. El proceso de curación se manifiesta como **hiposensibilidad clitoriana** (entumecimiento) del clítoris con disminución o, si el conflicto fue intenso, una pérdida completa de la sensibilidad. La hipersensibilidad se reactiva brevemente durante la Crisis Epileptoide. Con la compleción del Programa Especial Biológico, la sensibilidad del clítoris vuelve a la normalidad.

**NOTA:** Todas las Crisis Epileptoides que se controlan desde la **corteza sensorial**, **post-sensorial** o **pre-motora sensorial** se acompañan de **problemas circulatorios**, **mareos**, breves **alteraciones de la conciencia** o una completa **pérdida de la conciencia** (desmayo o "ausencia"), dependiendo de la intensidad del conflicto. Otro síntoma distintivo es una **caída de azúcar en sangre** causada por el uso excesivo de glucosa por parte de las células cerebrales (comparad con la hipoglucemia relacionada con las células de los islotes del páncreas).

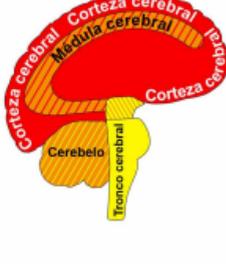
**Fuente:** [www.learninggnm.com](http://www.learninggnm.com)

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

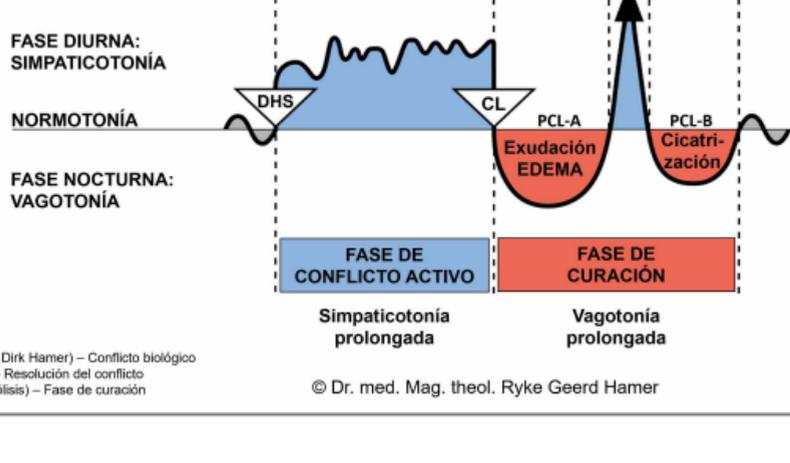
TRONCO CEREBRAL  
vista superior



**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



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

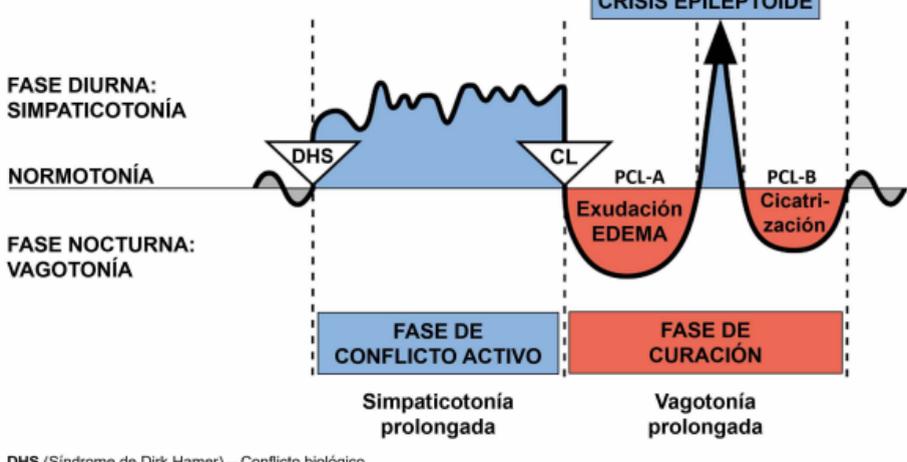


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

CL (Conflicto) – Resolución del conflicto

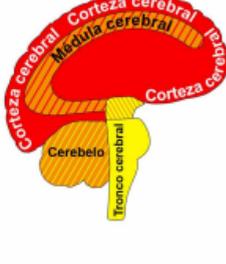
PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

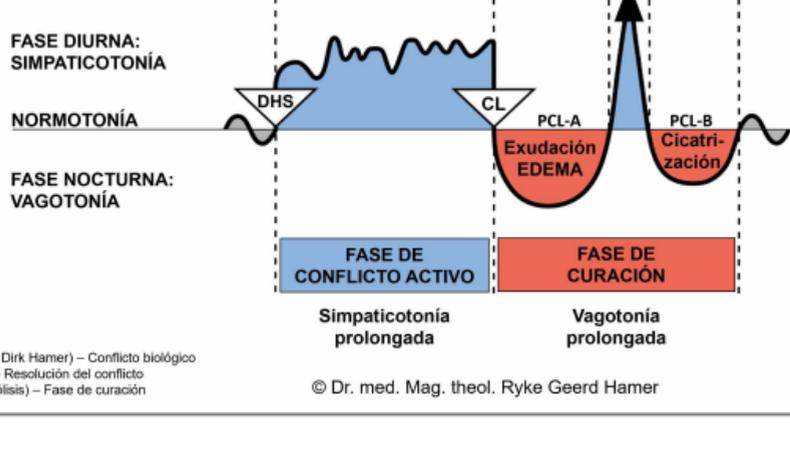


**Un blastocisto en el 5to día después de la fecundación**

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



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

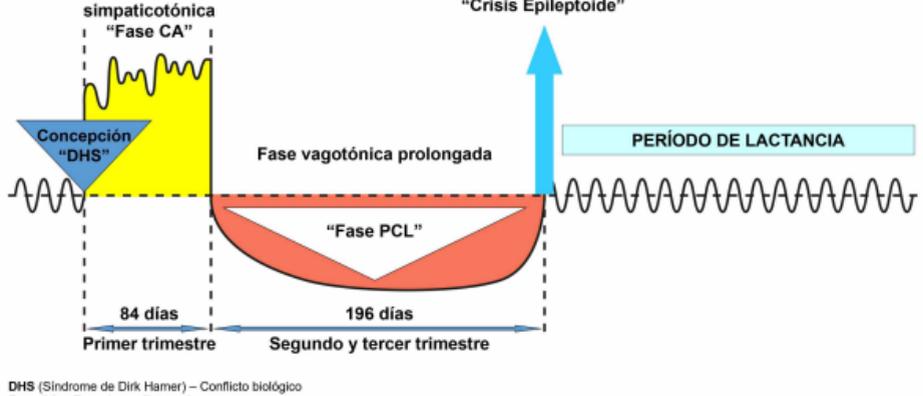


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

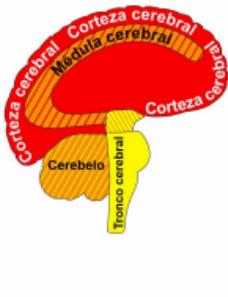
**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo

**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por la médula cerebral y la corteza cerebral

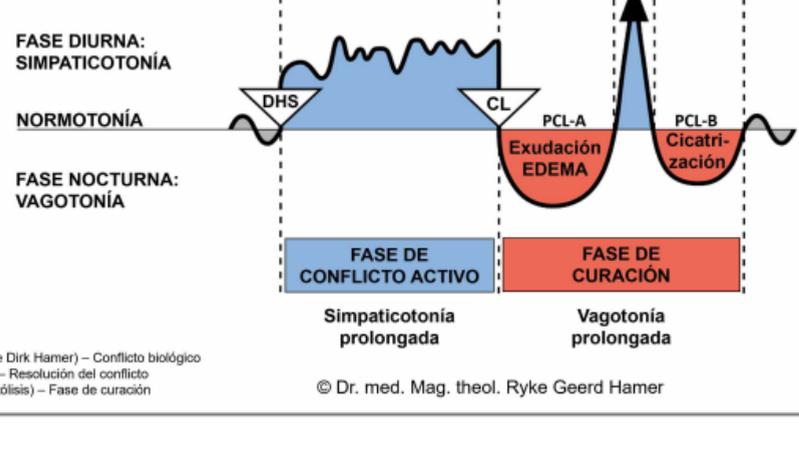


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



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

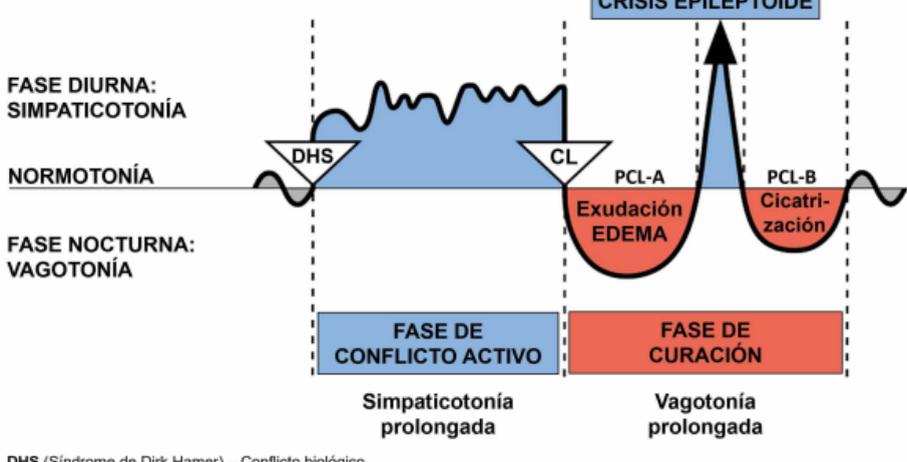


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

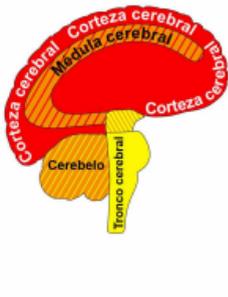
PATRÓN BIFÁSICO



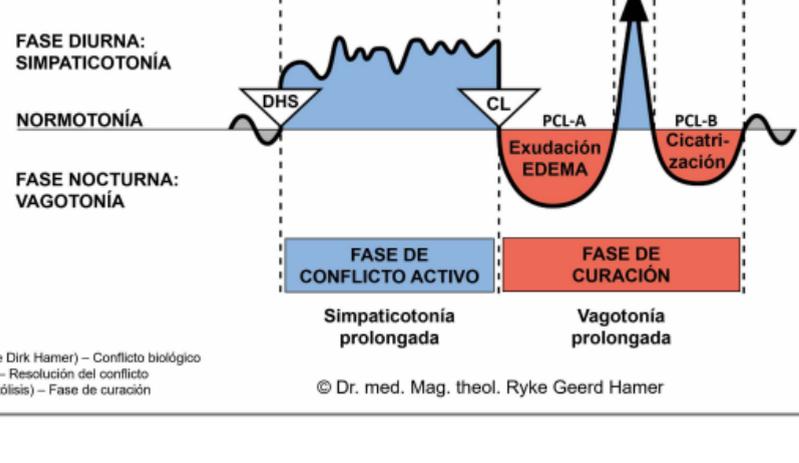
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**

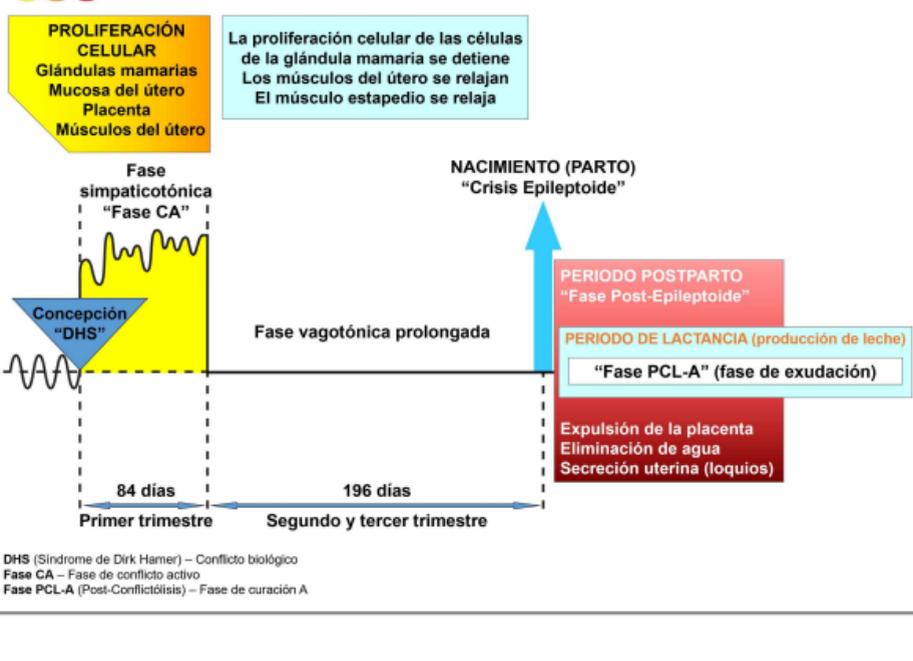


Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		

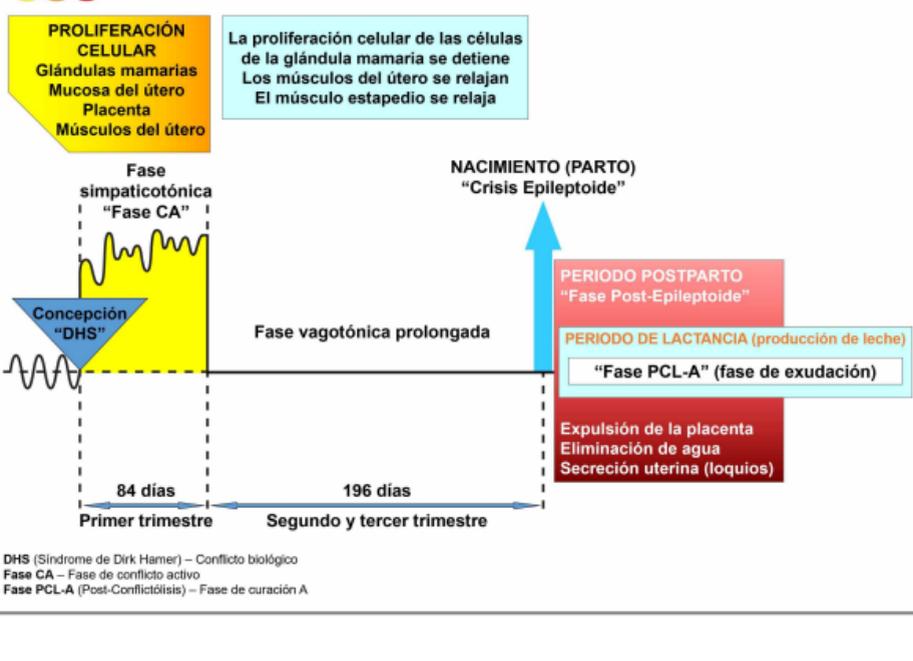


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

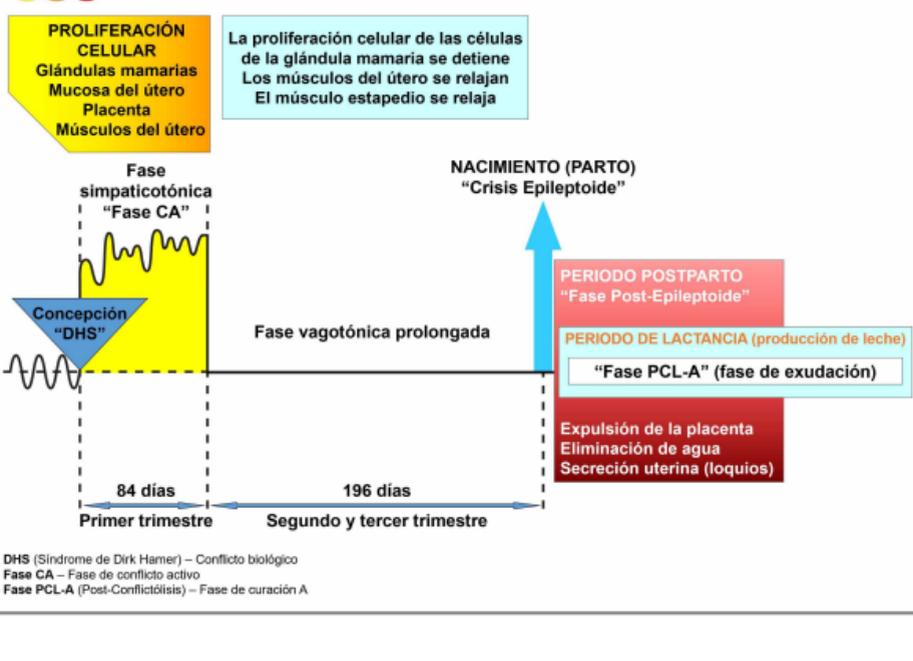


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflicto) – Fase de curación A



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A

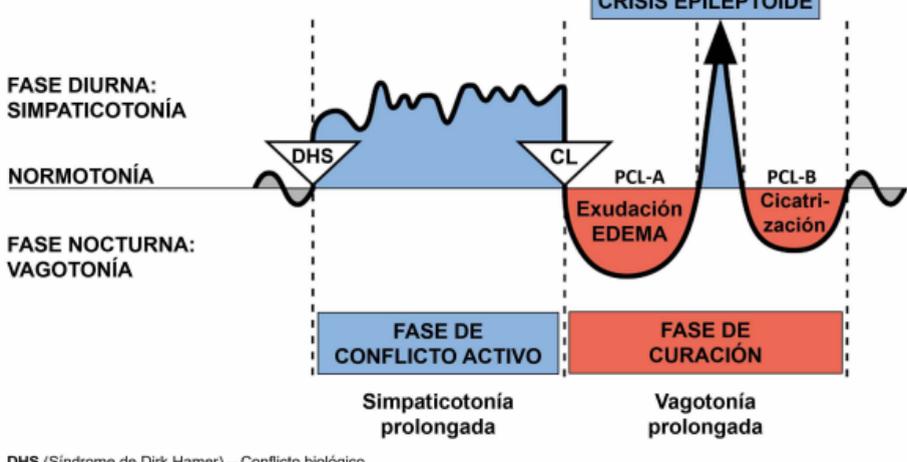
**G N M** EMBARAZO – LA MADRE



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflicto) – Fase de curación A

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

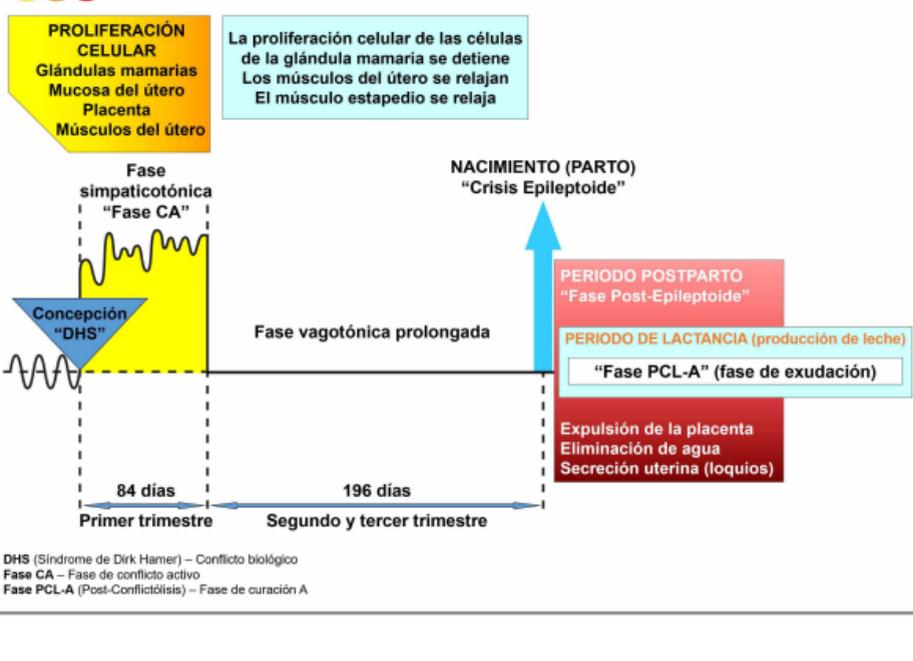
PATRÓN BIFÁSICO



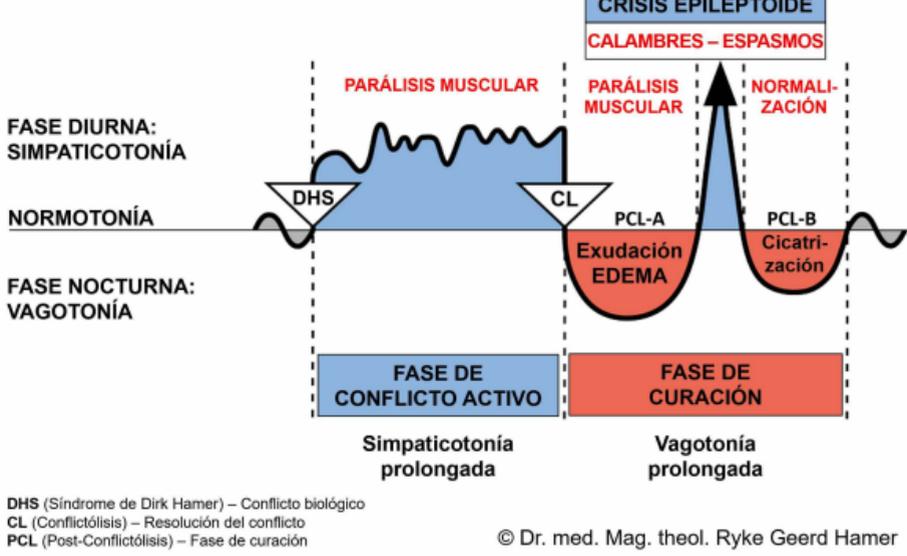
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

**G N M** EMBARAZO – LA MADRE



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A

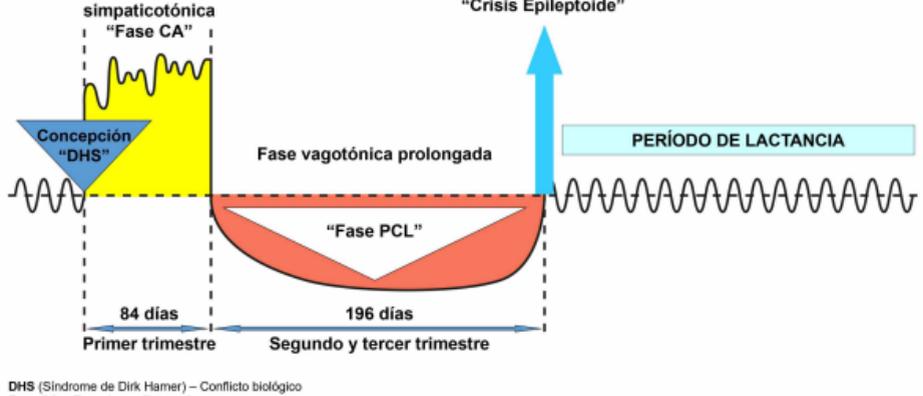


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

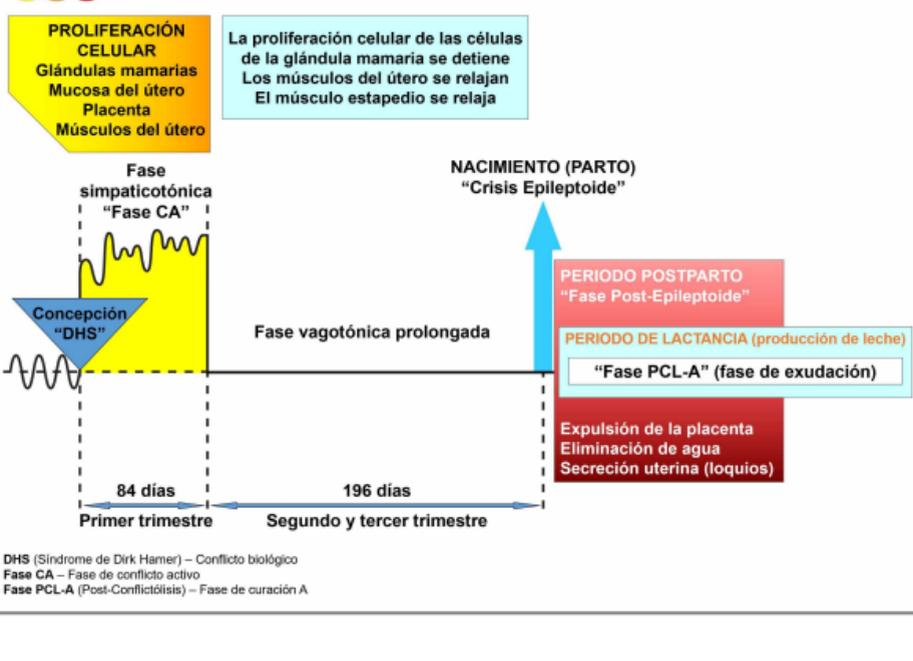
**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo

**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por la médula cerebral y la corteza cerebral

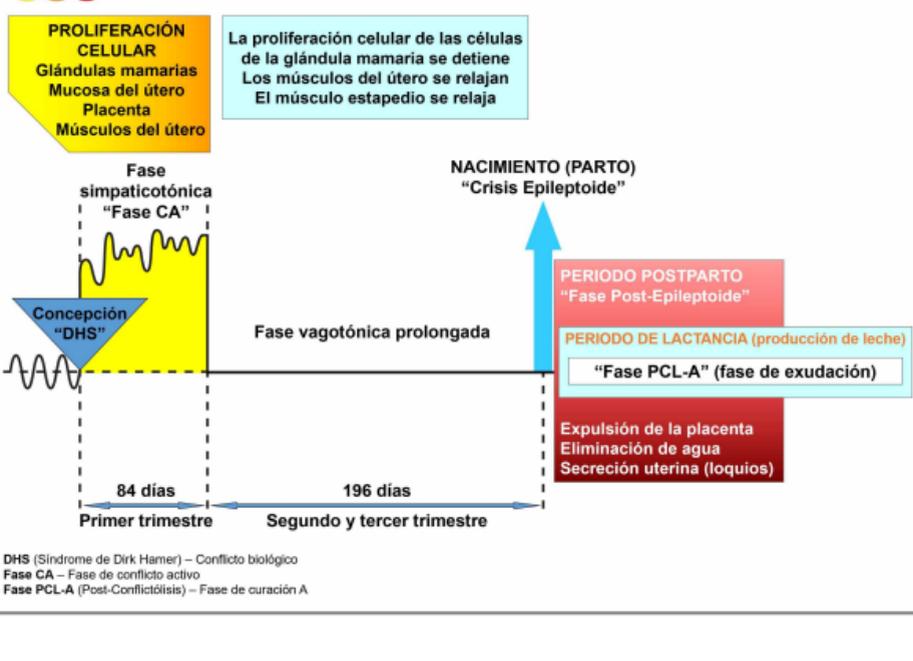


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

**G N M** EMBARAZO – LA MADRE

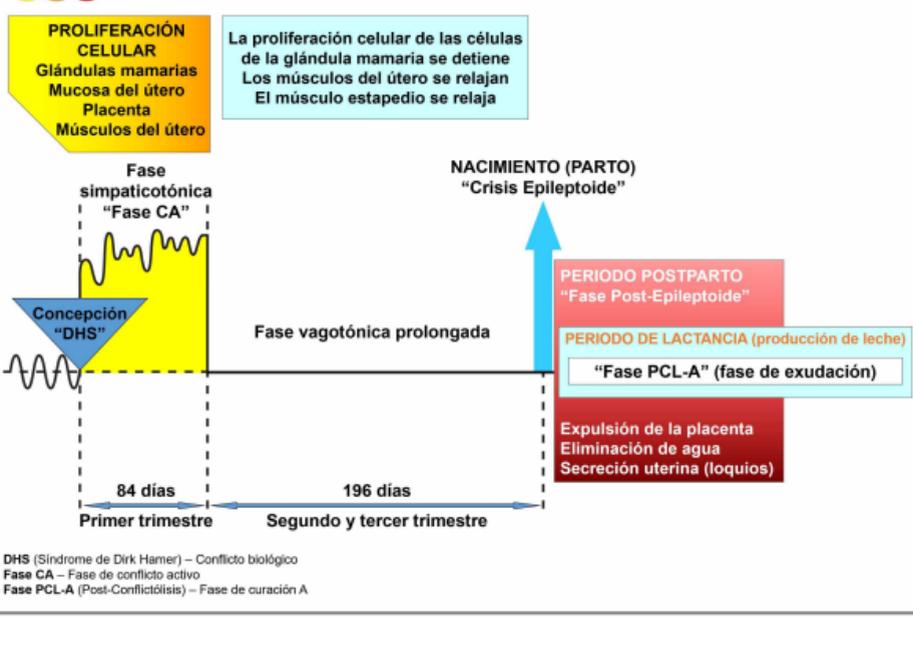


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A



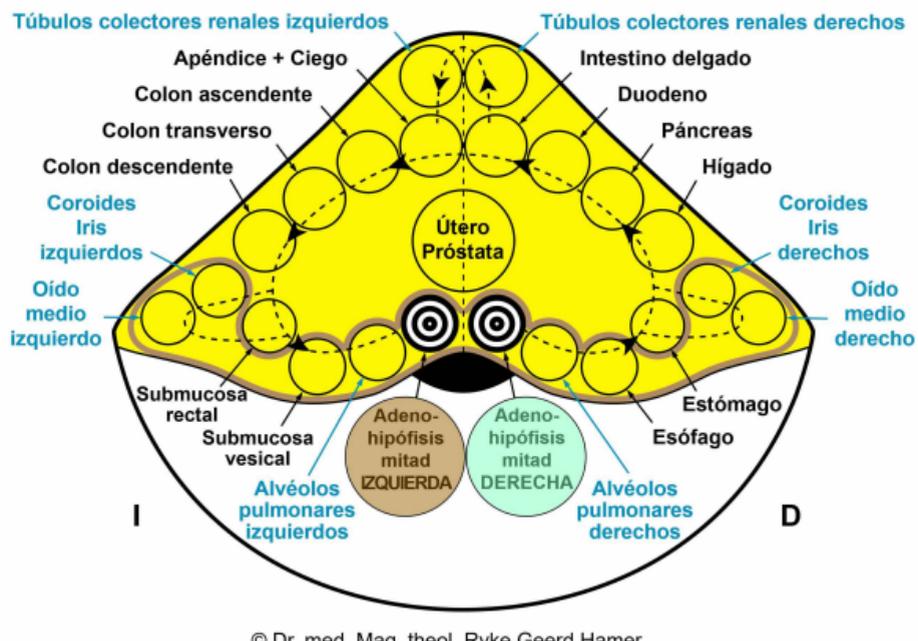
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A

**G N M** EMBARAZO – LA MADRE

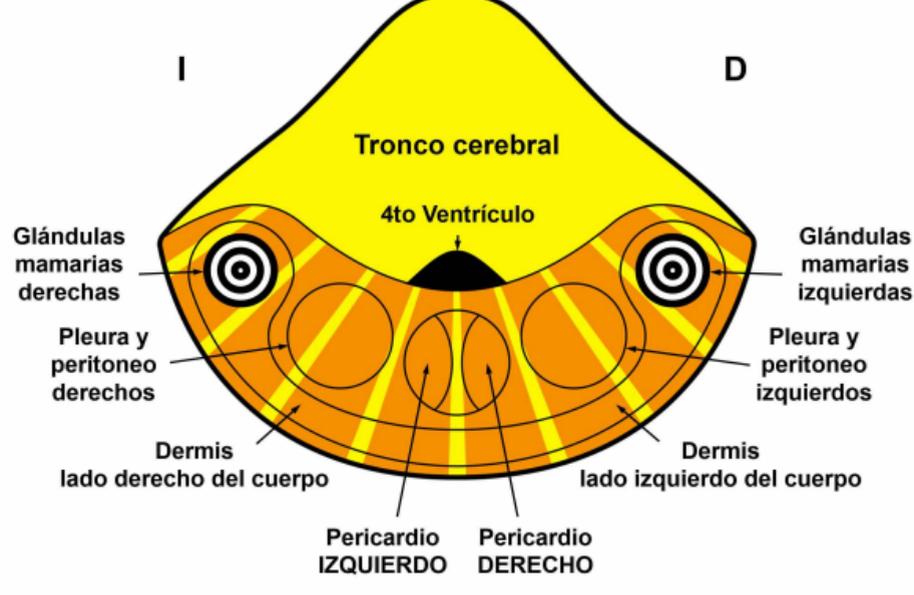


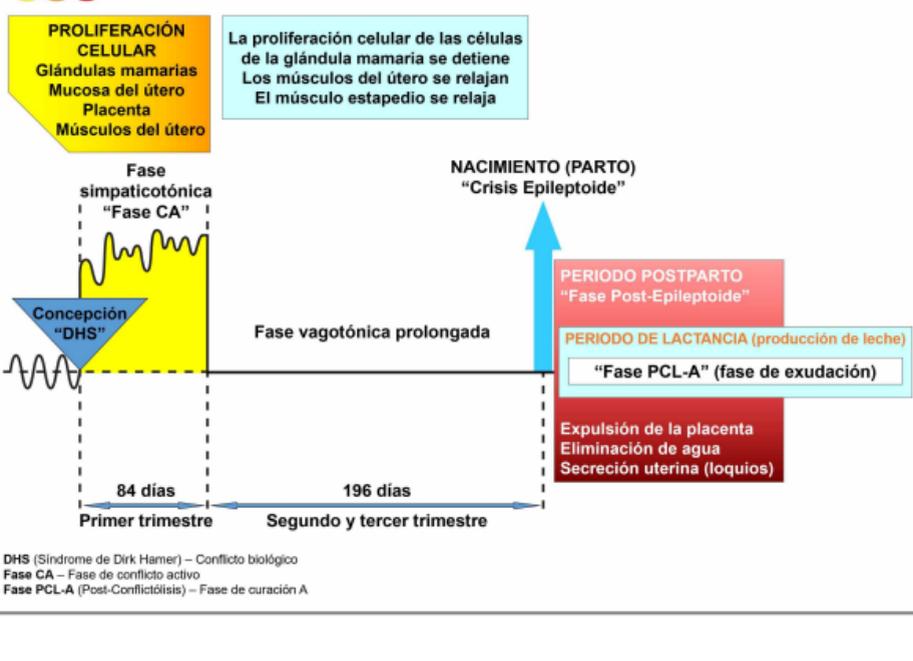
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A

**TRONCO CEREBRAL**  
vista superior



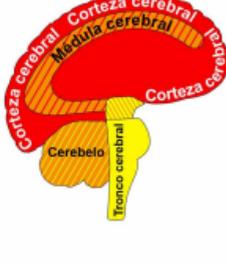
**CEREBELO**  
vista superior



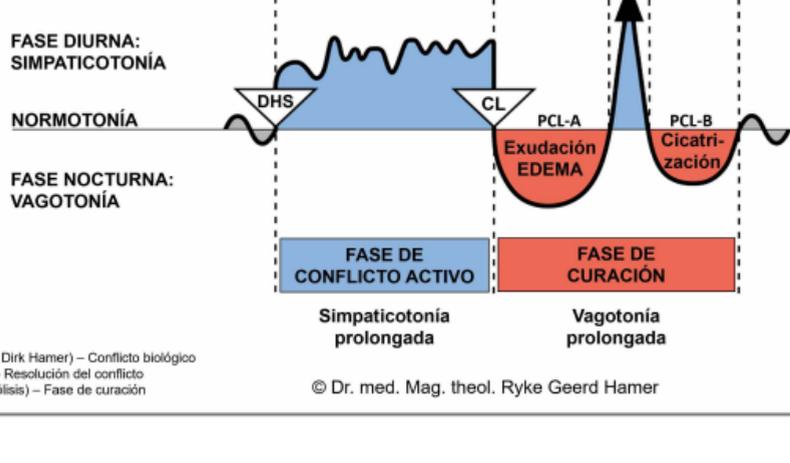


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**

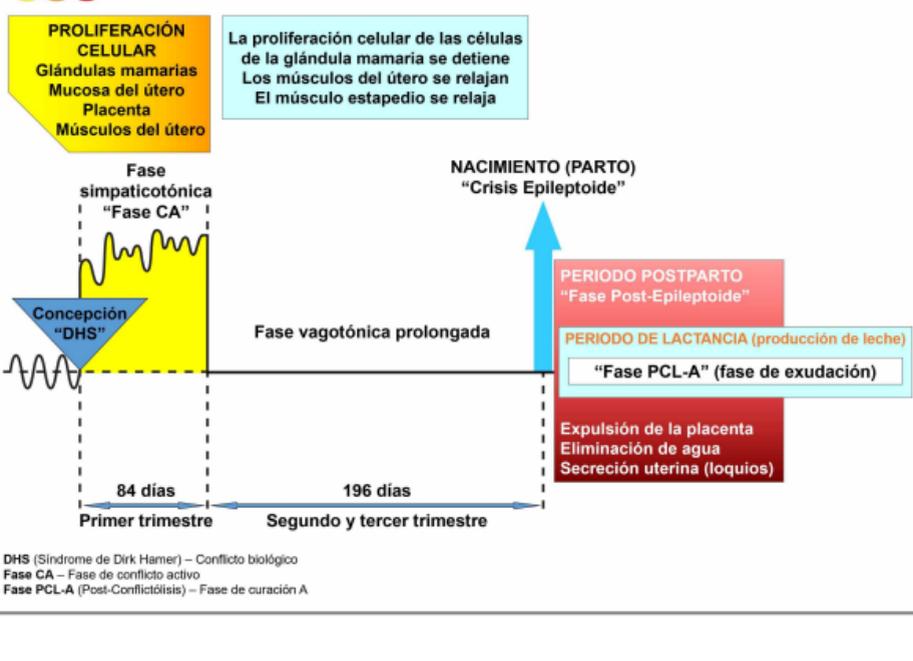


Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		

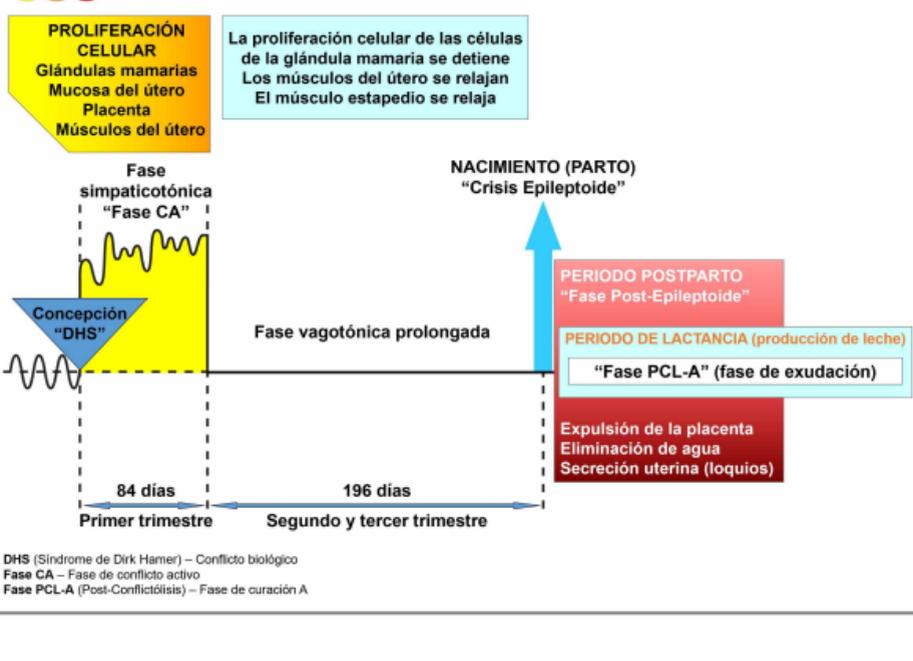


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

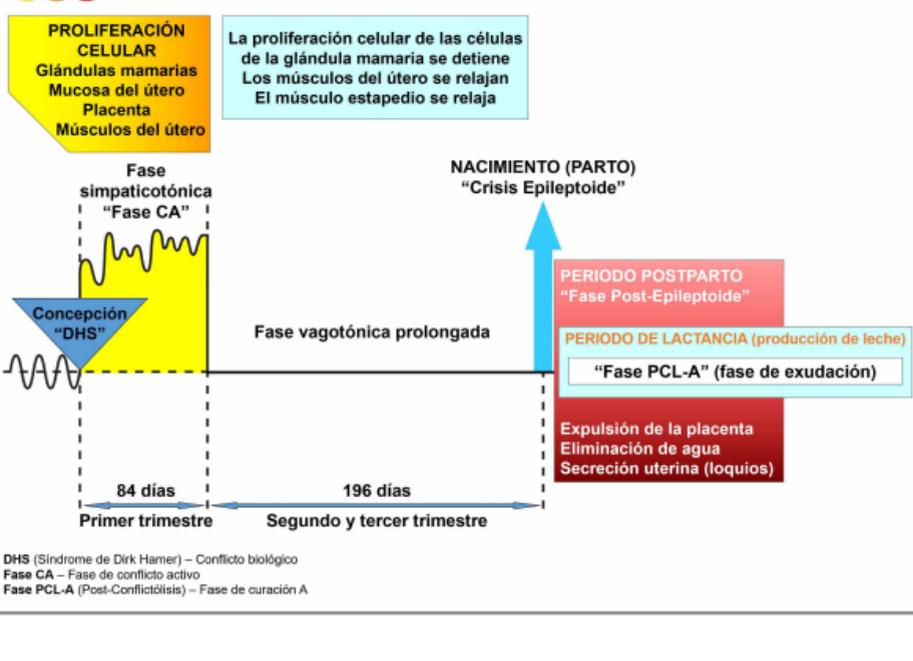
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A

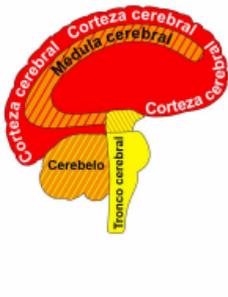


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A

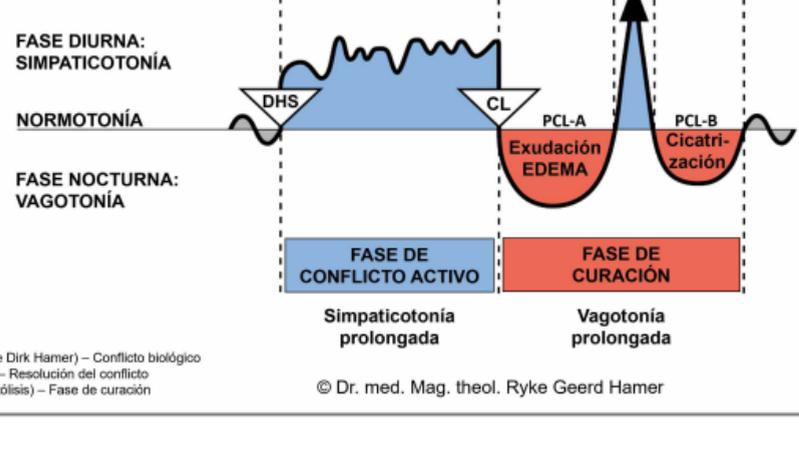


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflicto) – Fase de curación A

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



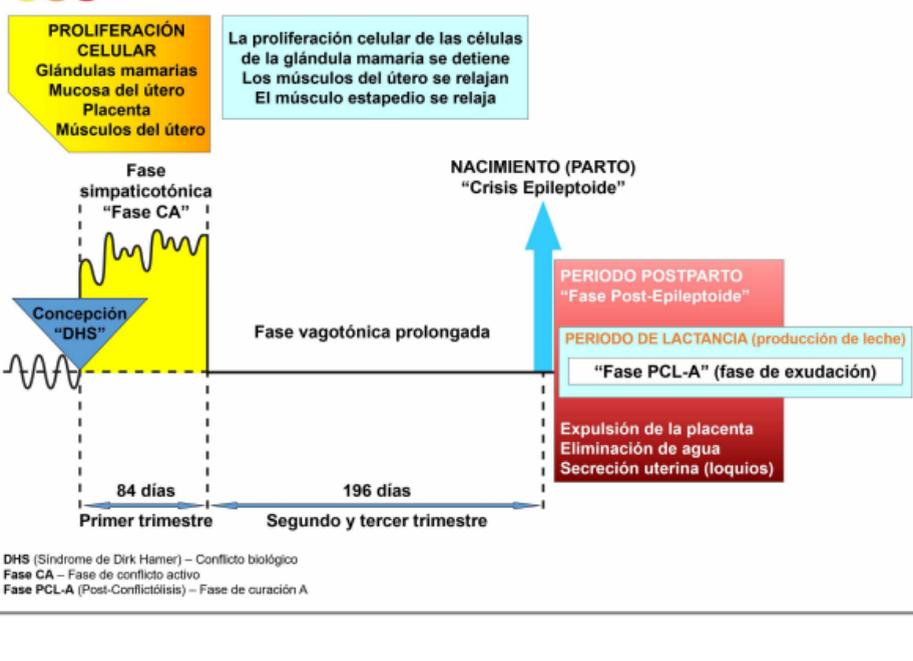
Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



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

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

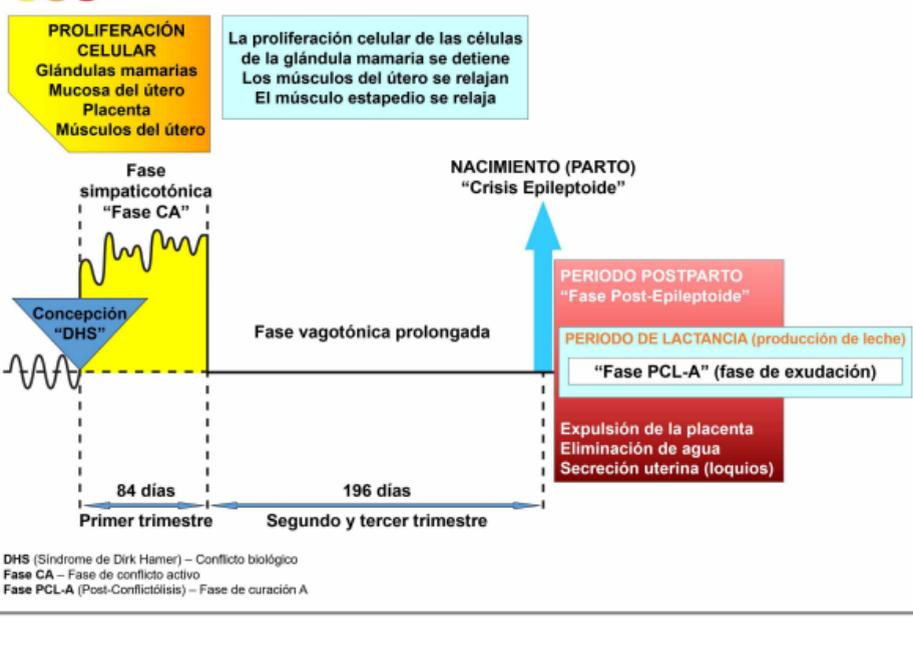
**G N M** EMBARAZO – LA MADRE



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A

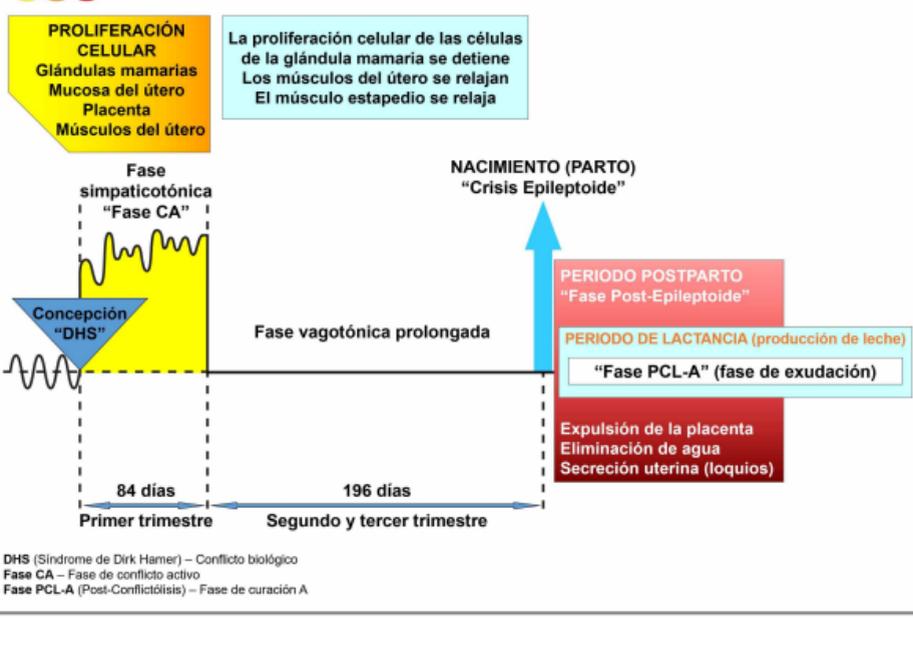
En términos de GNM, una “constelación” significa que una persona está en conflicto activo con dos conflictos que involucran el lado derecho e izquierdo del cerebro.

**G N M** EMBARAZO – LA MADRE



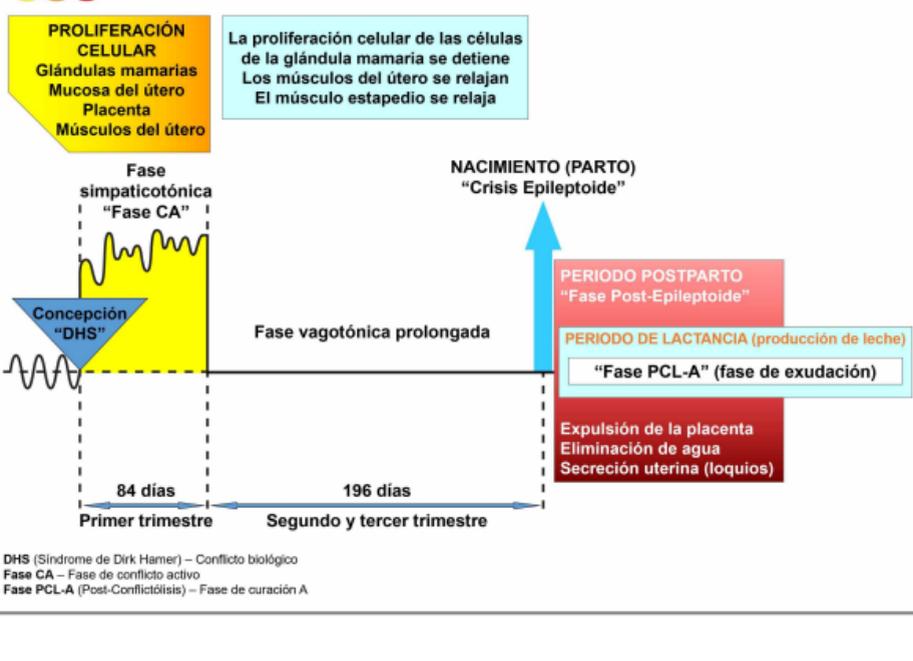
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A

**G N M** EMBARAZO – LA MADRE



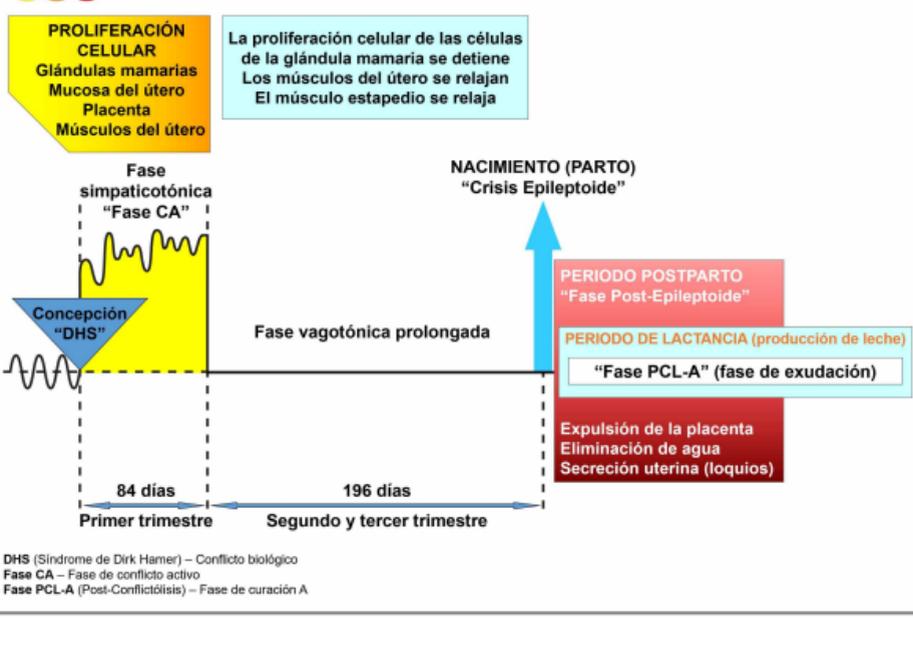
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflicto) – Fase de curación A

**G N M** EMBARAZO – LA MADRE



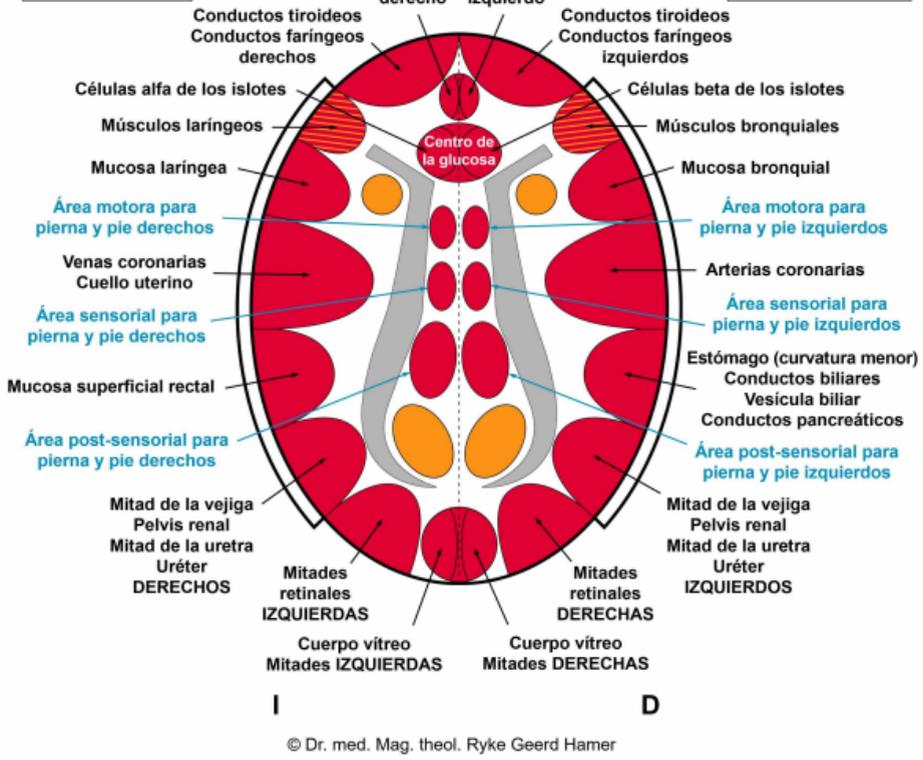
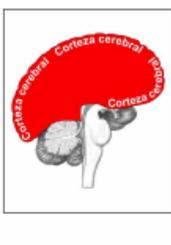
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A

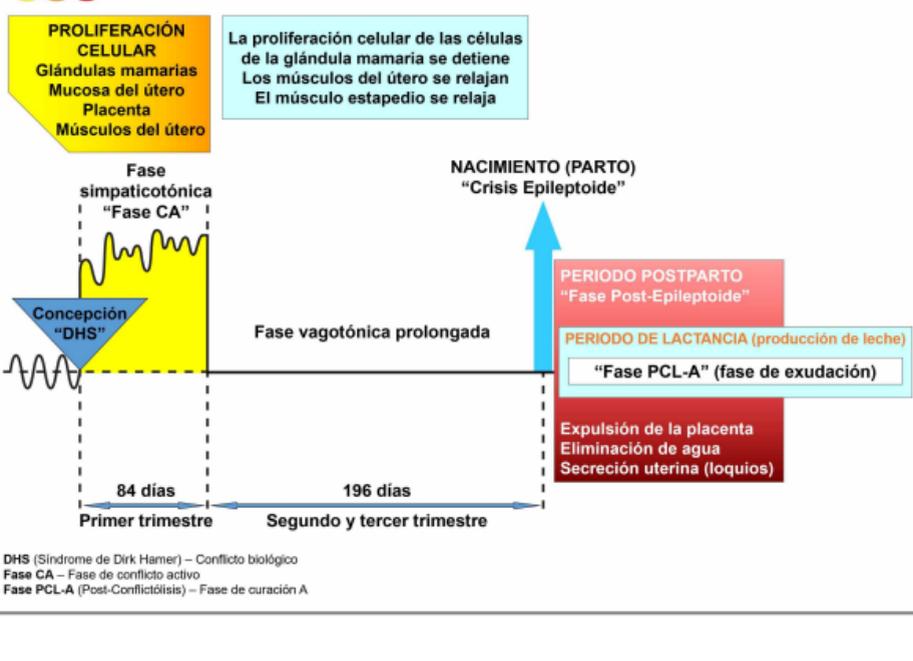
**G N M** EMBARAZO – LA MADRE



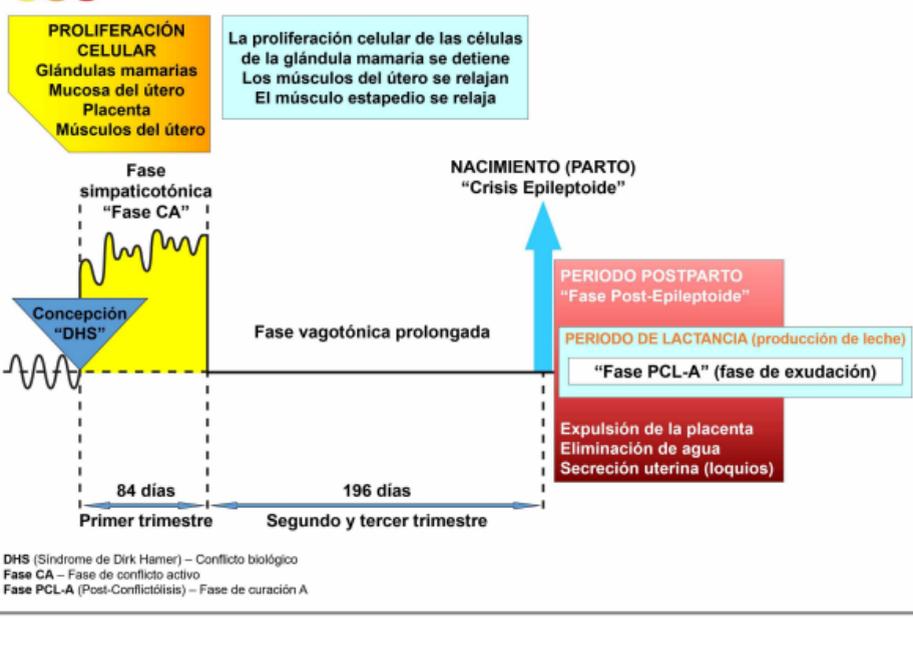
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A

RELACIÓN CORTEZA CEREBRAL – ÓRGANO



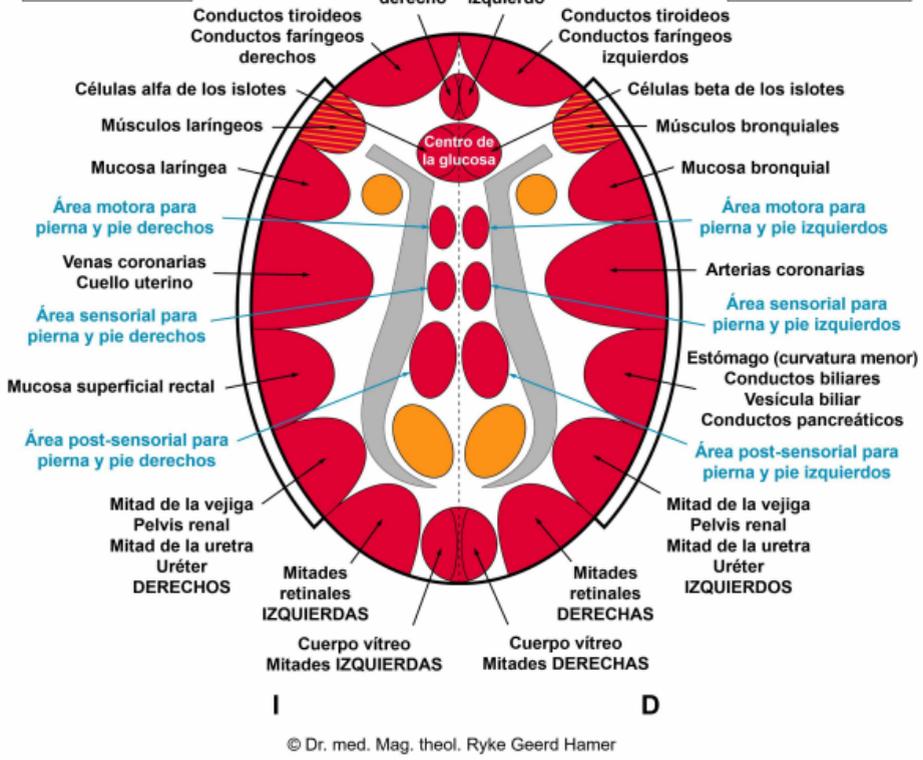
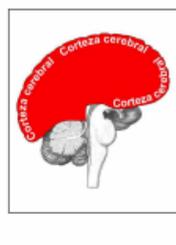


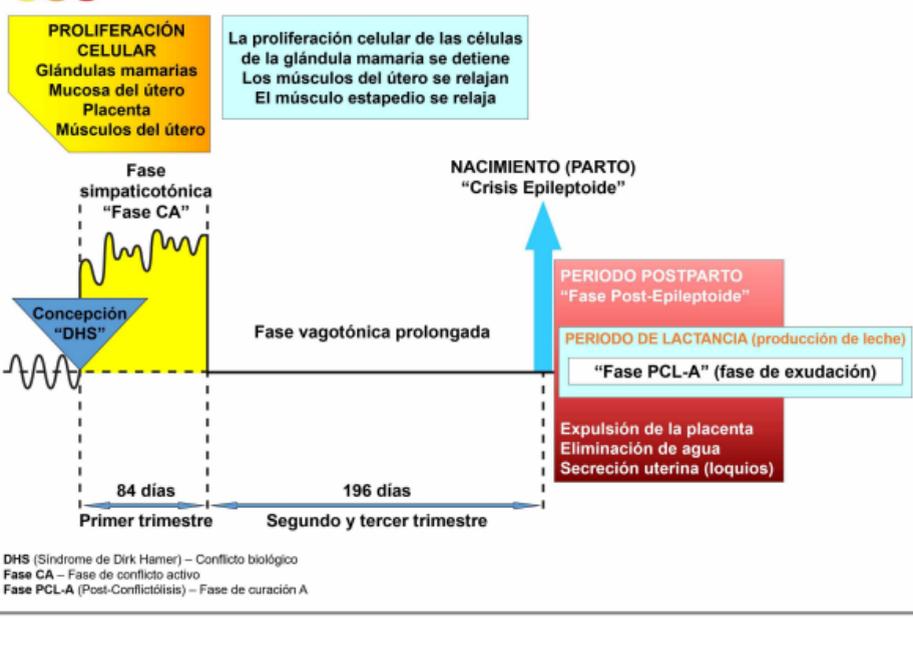
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflicto) – Fase de curación A



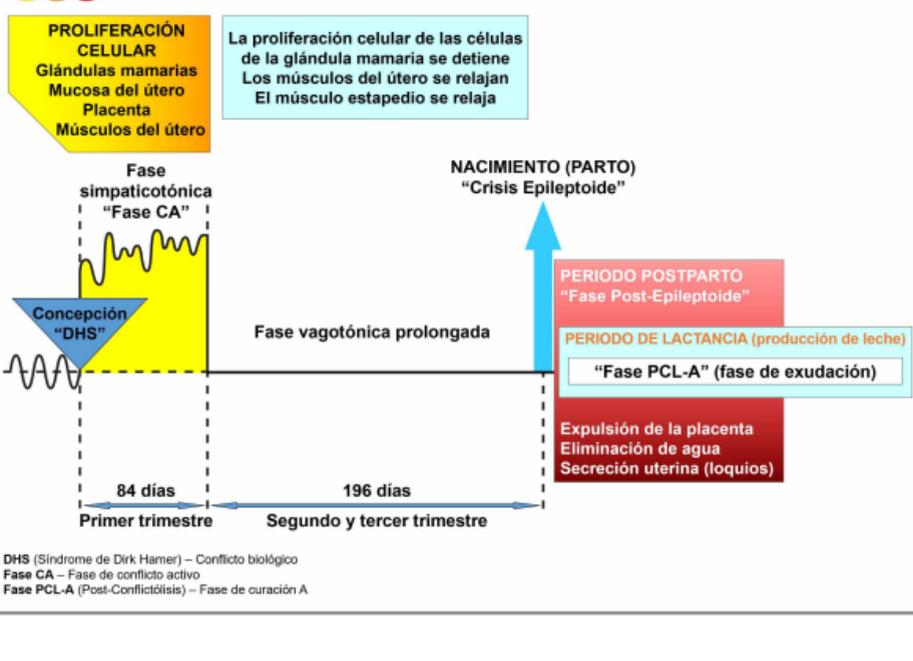
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflicto) – Fase de curación A

RELACIÓN CORTEZA CEREBRAL – ÓRGANO





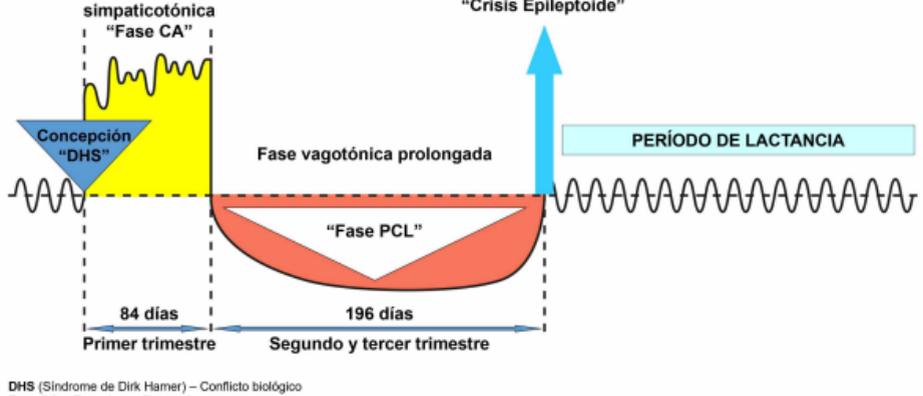
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflictólisis) – Fase de curación A



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL-A (Post-Conflicto) – Fase de curación A

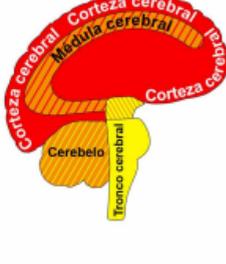
**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo

**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por la médula cerebral y la corteza cerebral

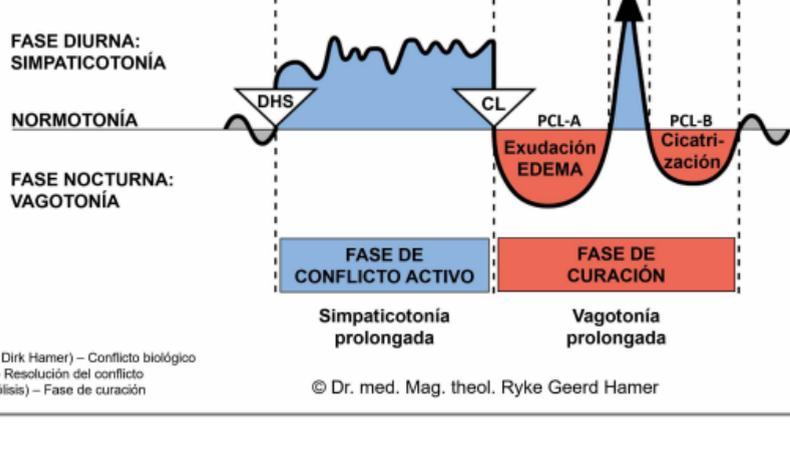


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



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

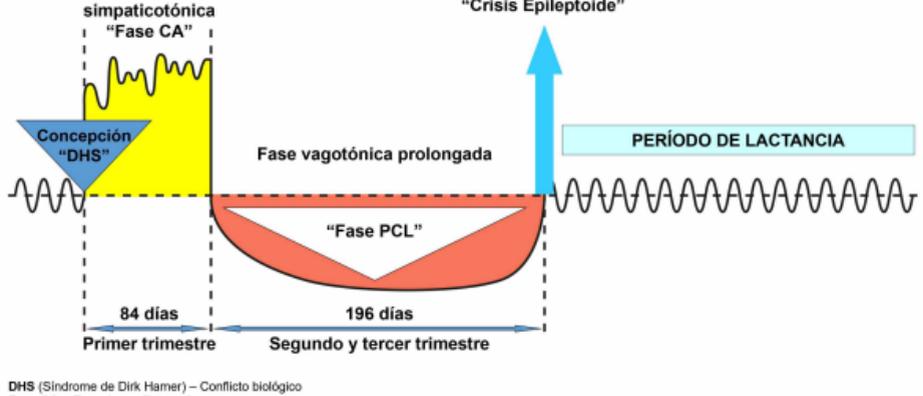


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo

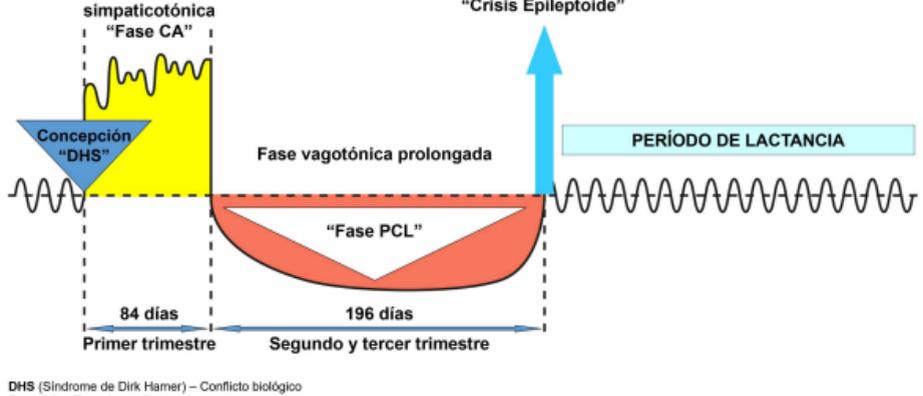
**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por la médula cerebral y la corteza cerebral



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo

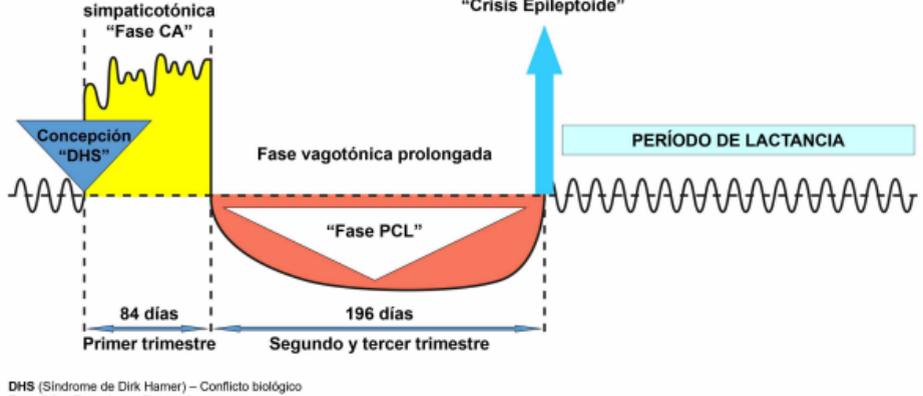
**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por la médula cerebral y la corteza cerebral



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo

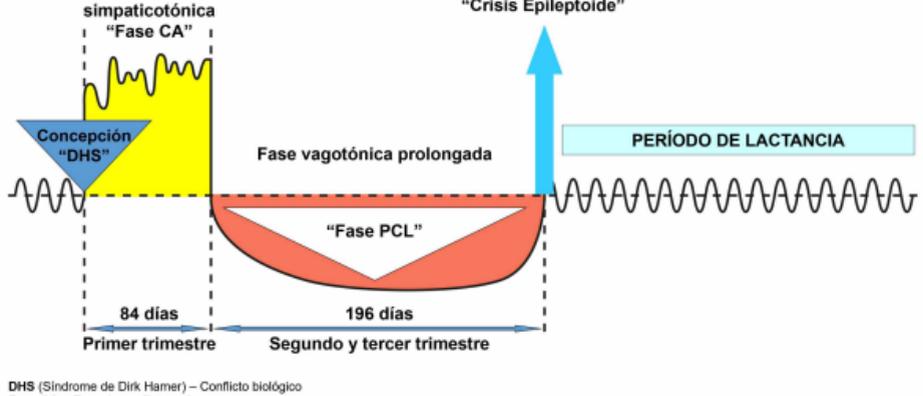
**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por la médula cerebral y la corteza cerebral



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

**EL AUMENTO CELULAR** sigue el principio de los órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo

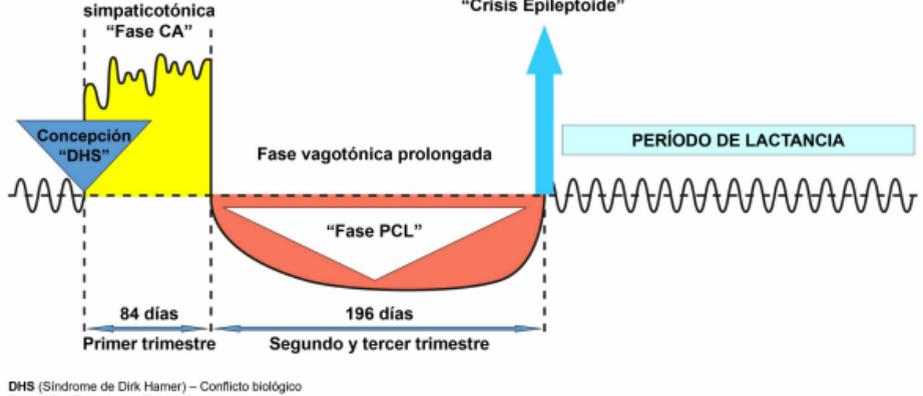
**EL AUMENTO CELULAR** sigue el principio de los órganos controlados por la médula cerebral y la corteza cerebral



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo

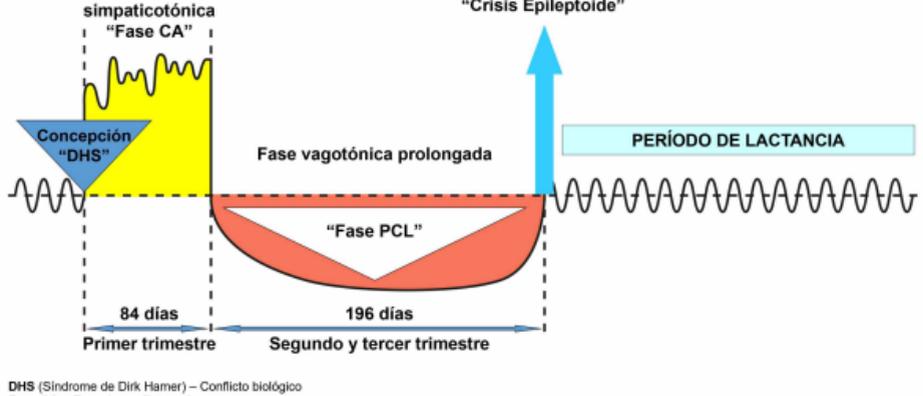
**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por la médula cerebral y la corteza cerebral



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo

**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por la médula cerebral y la corteza cerebral

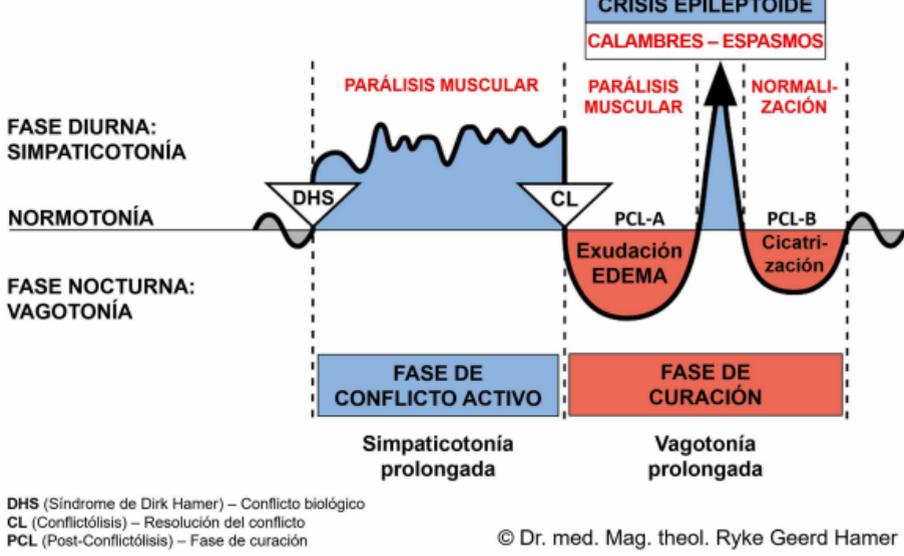


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

MÚSCULOS ESTRIADOS

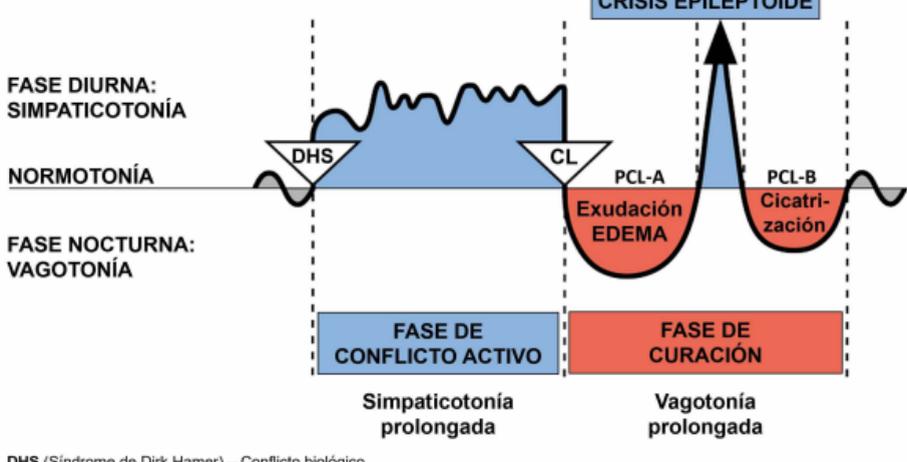


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

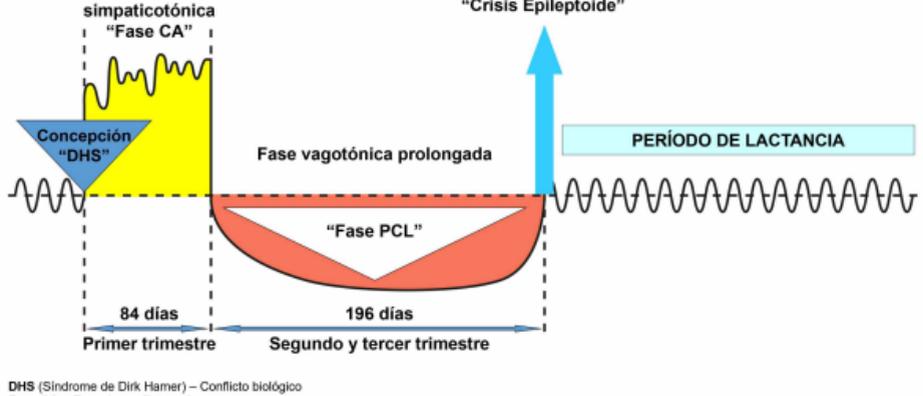


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por el tronco cerebral y el cerebelo

**EL AUMENTO CELULAR**  
sigue el principio de los órganos controlados por la médula cerebral y la corteza cerebral



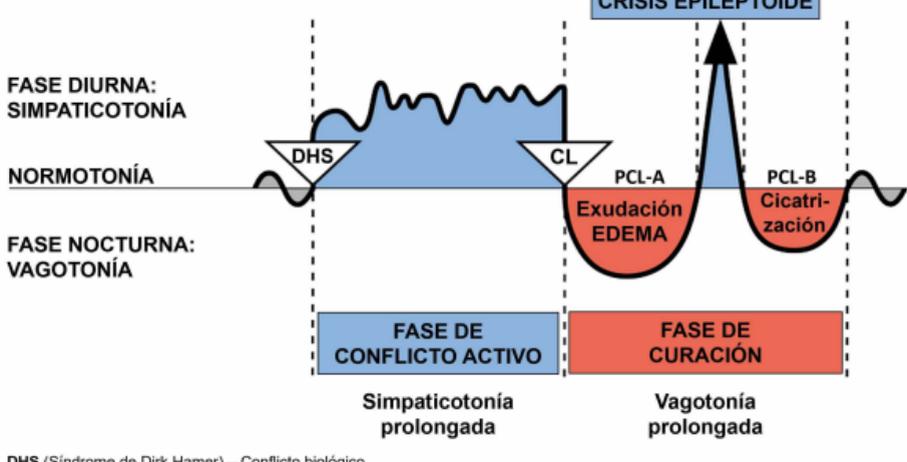
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
Fase CA – Fase de conflicto activo  
Fase PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación





PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

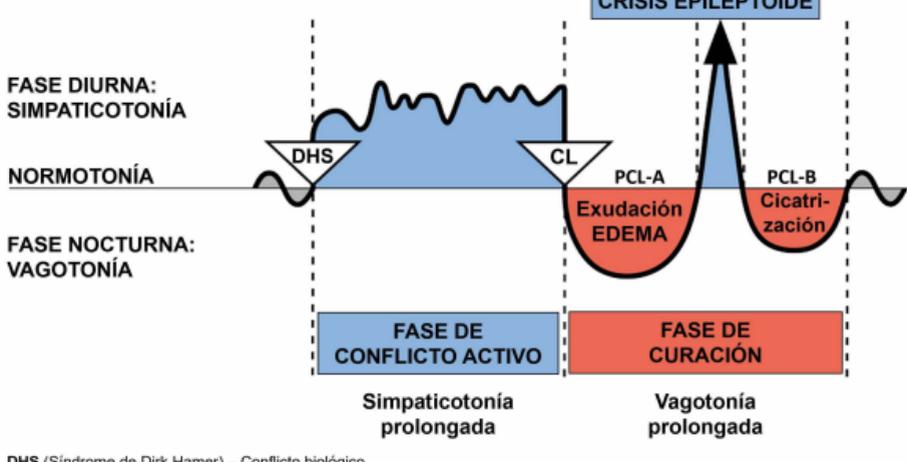


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflictóllisis) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflictóllisis) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

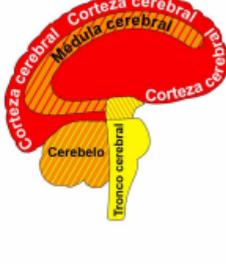
PATRÓN BIFÁSICO



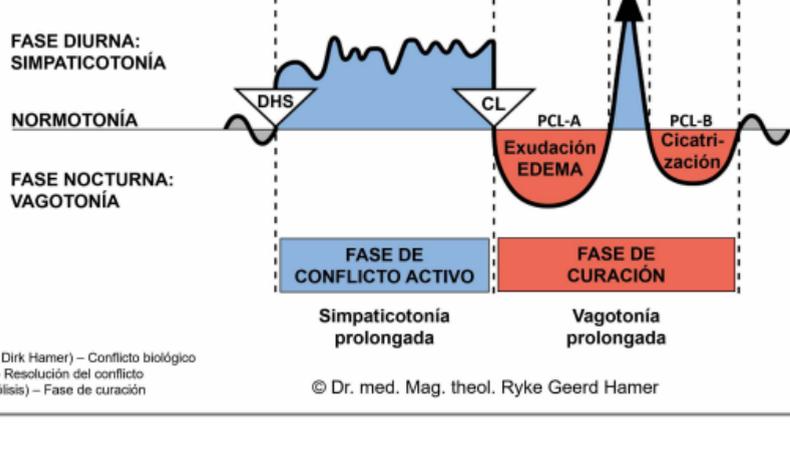
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



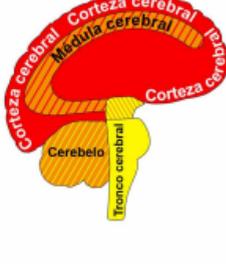
Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



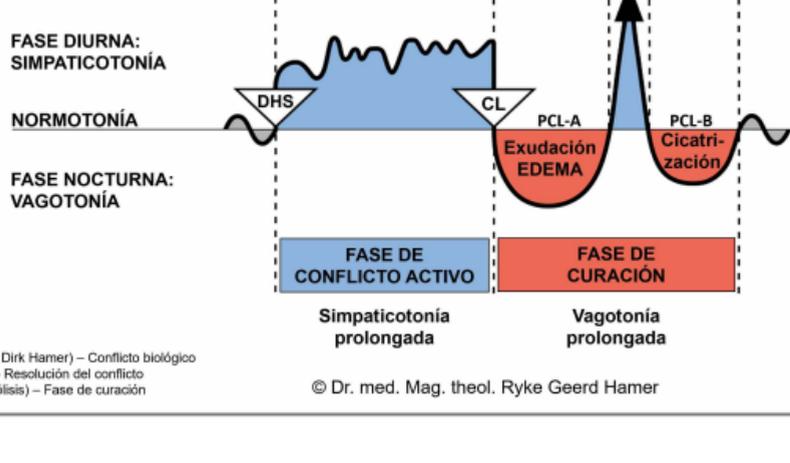
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



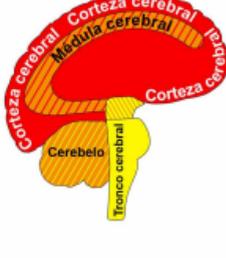
Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



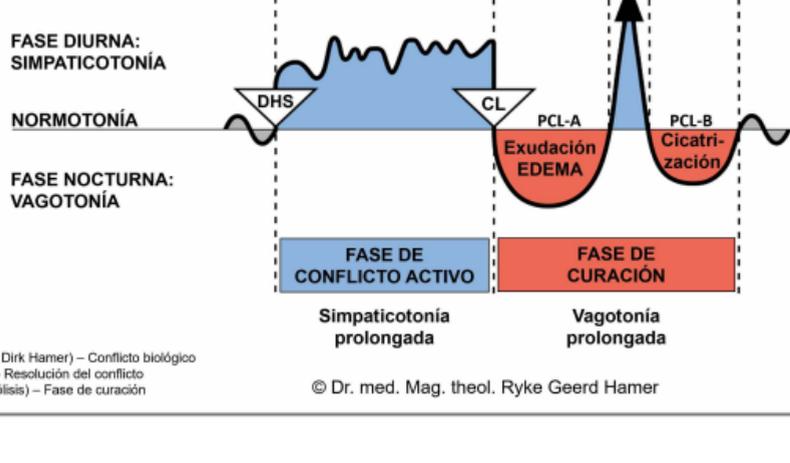
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



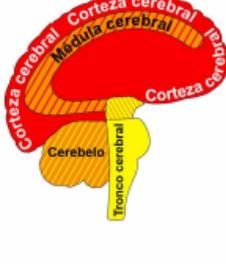
Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



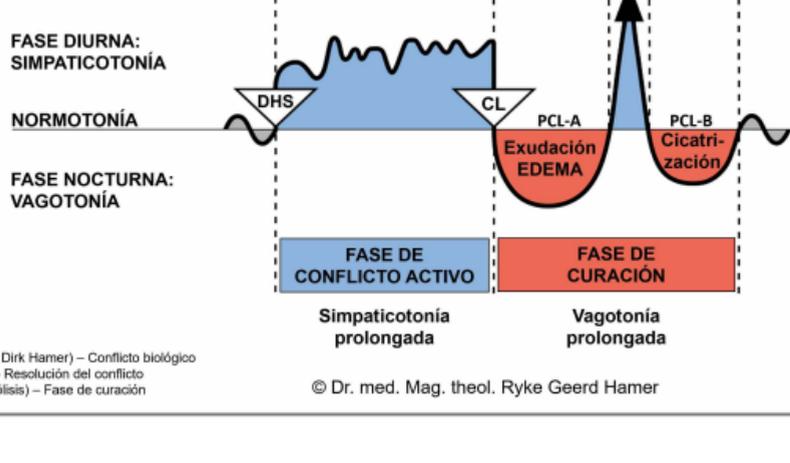
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**

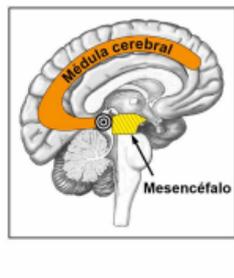


Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		

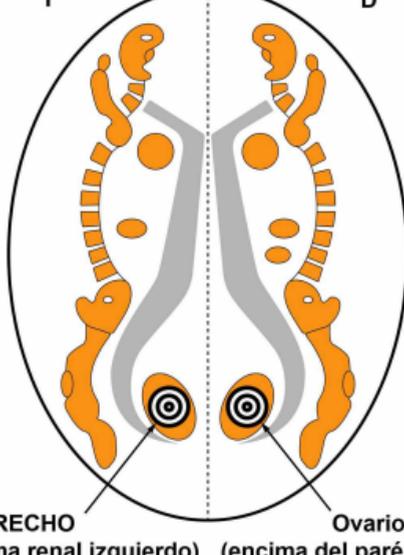


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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



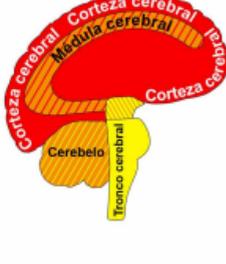
### MÉDULA CEREBRAL vista superior



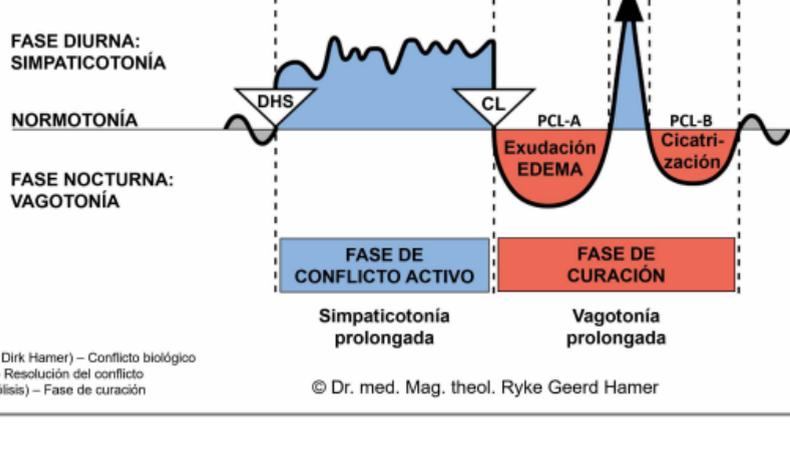
Ovario DERECHO (encima del parénquima renal izquierdo)      Ovario IZQUIERDO (encima del parénquima renal derecho)

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

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



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

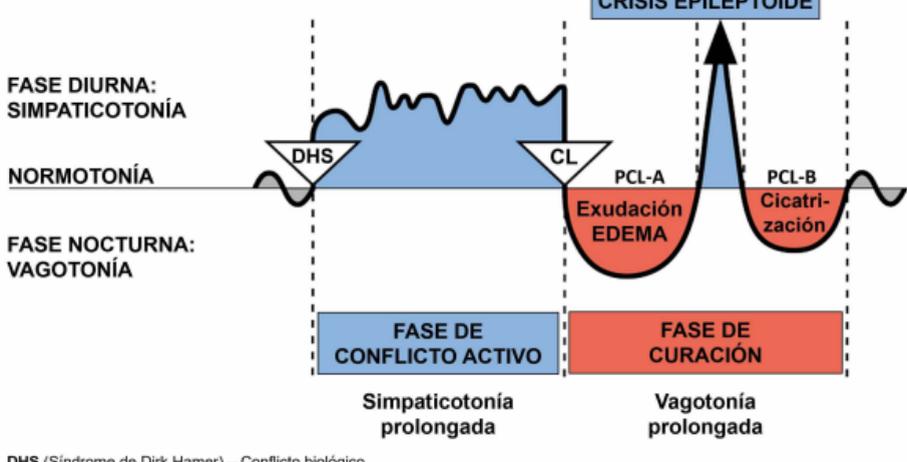


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

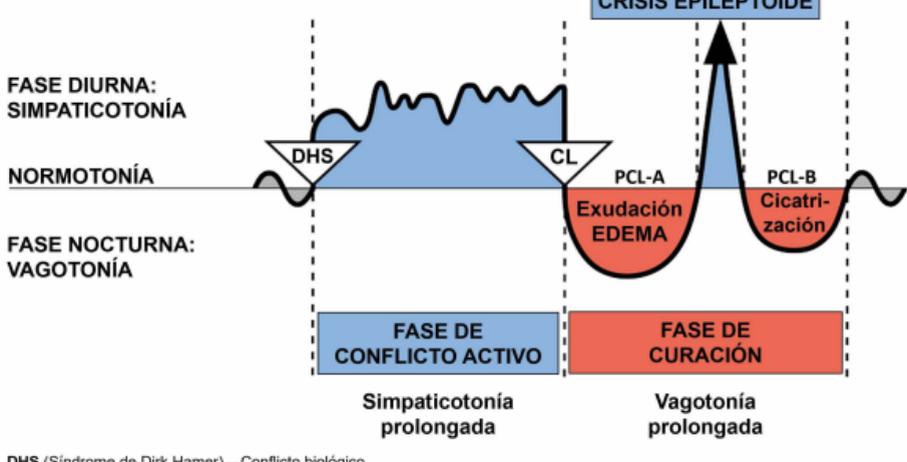


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

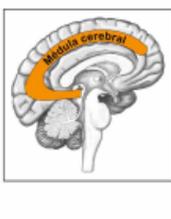


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

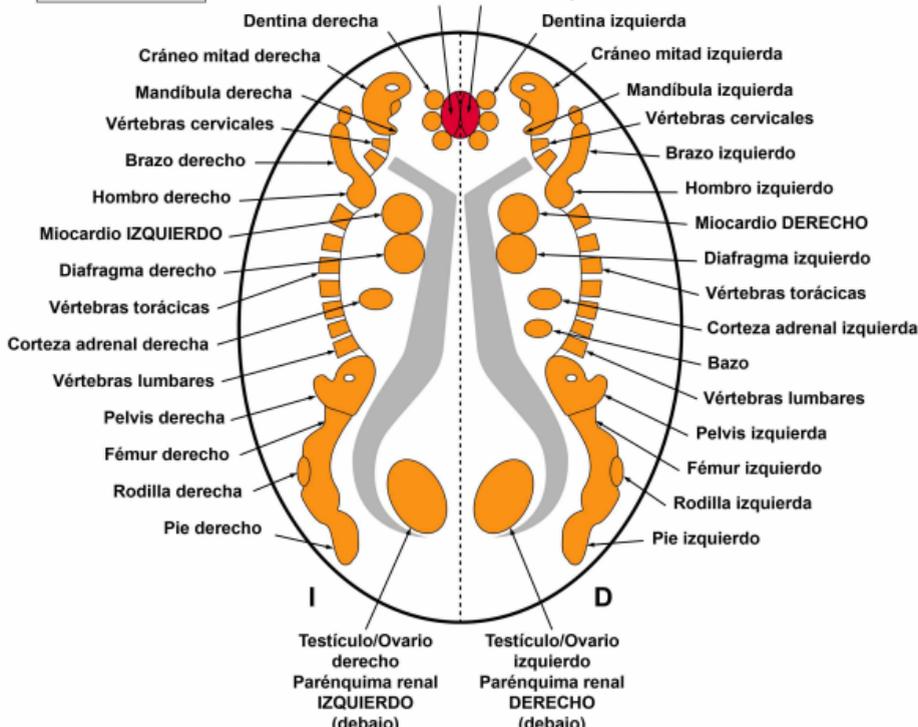
CL (Conflicto) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

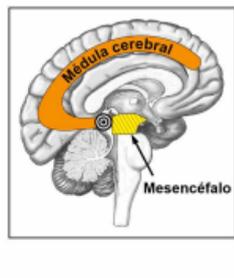
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



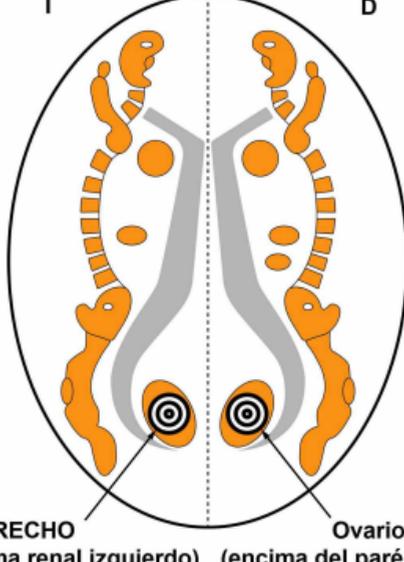
## RELACIÓN MÉDULA CEREBRAL – ÓRGANO



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

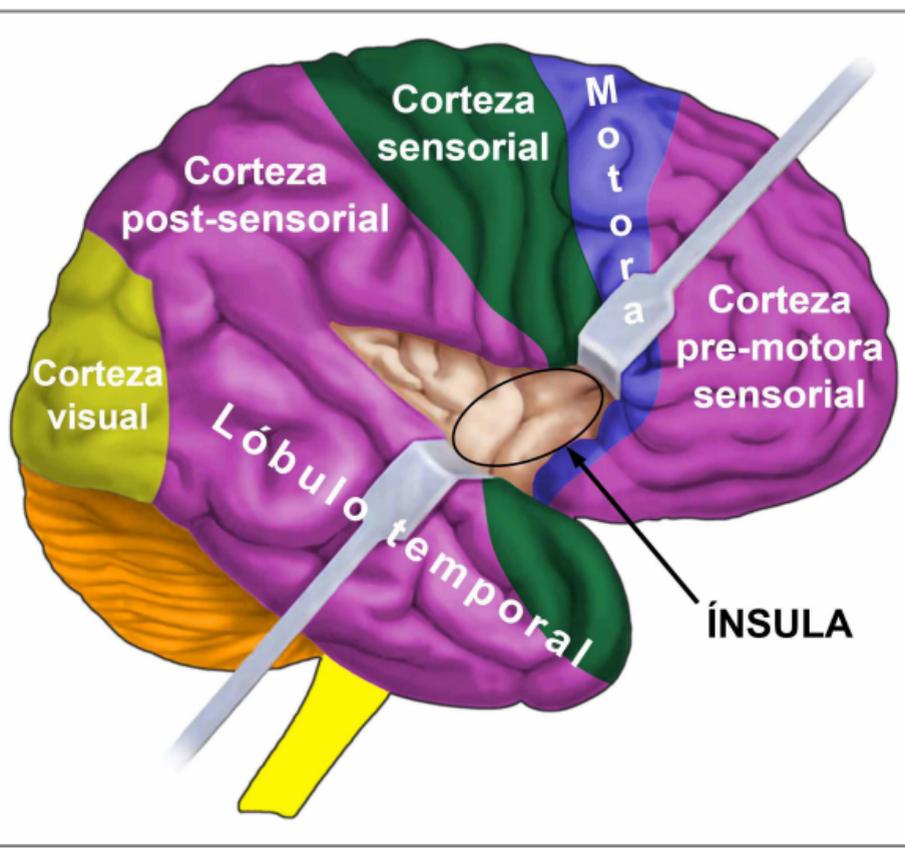


**MÉDULA CEREBRAL**  
vista superior



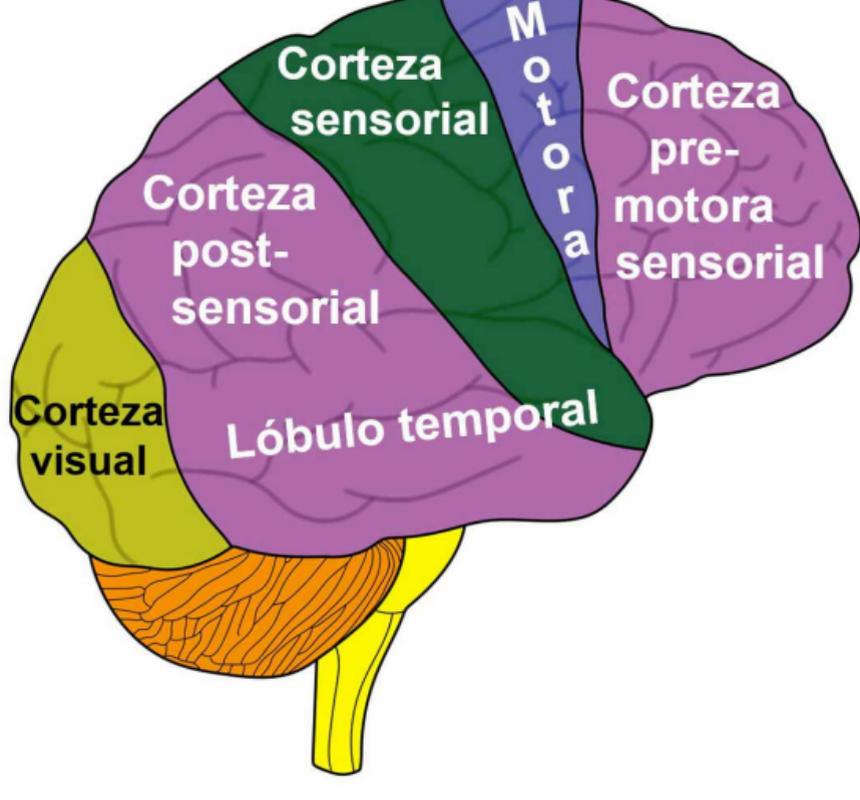
**Ovario DERECHO** (encima del parénquima renal izquierdo)      **Ovario IZQUIERDO** (encima del parénquima renal derecho)

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

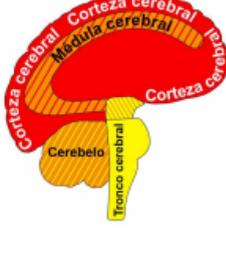


# CORTEZA CEREBRAL

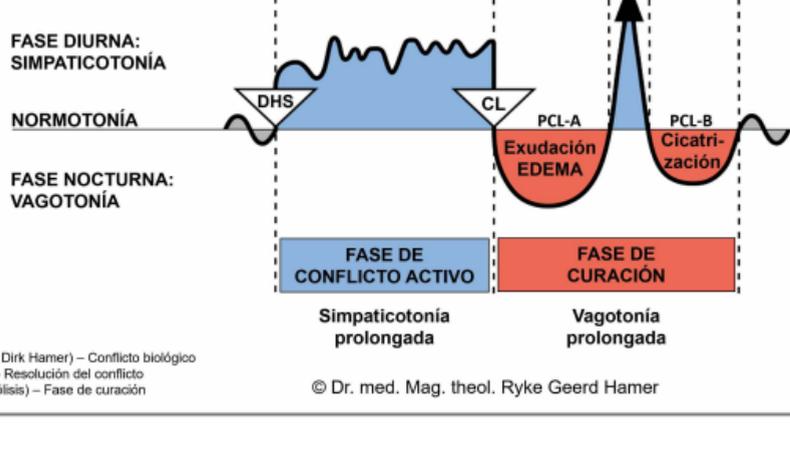
vista lateral



**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



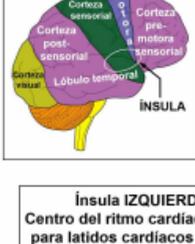
Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



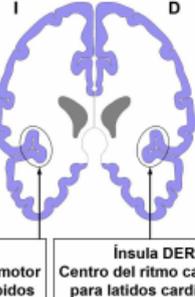
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

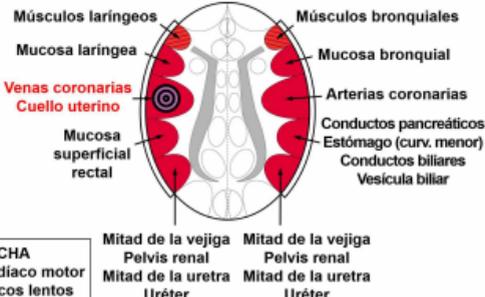
**CORTEZA CEREBRAL vista lateral**



**CORTEZA MOTORA vista posterior**



**LÓBULOS TEMPORALES vista superior**



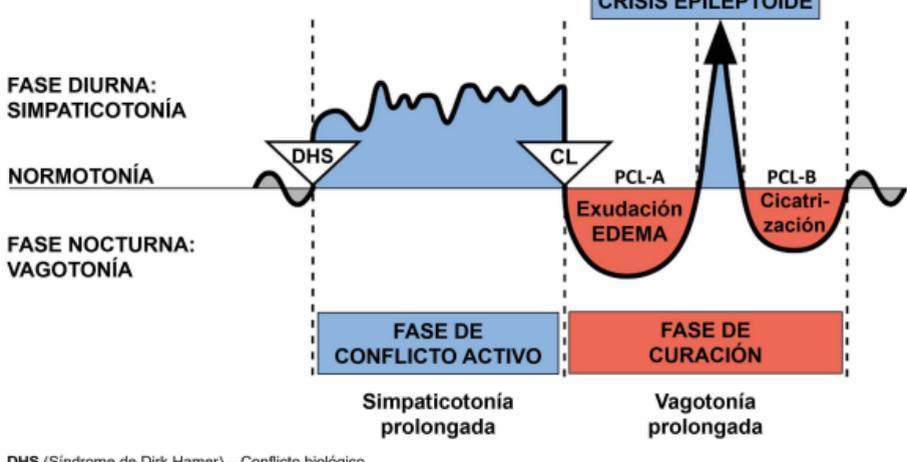
**Ínsula IZQUIERDA**  
Centro del ritmo cardiaco motor para latidos cardiacos rápidos (taquicardia ventricular)

**Ínsula DERECHA**  
Centro del ritmo cardiaco motor para latidos cardiacos lentos (bradicardia ventricular)

Músculos laríngeos	Músculos bronquiales
Mucosa laríngea	Mucosa bronquial
Venas coronarias	Arterias coronarias
Cuello uterino	Conductos pancreáticos
Mucosa superficial rectal	Estómago (curv. menor)
	Conductos biliares
	Vesícula biliar
Mitad de la vejiga	Mitad de la vejiga
Pelvis renal	Pelvis renal
Mitad de la uretra	Mitad de la uretra
Úreter	Úreter
<b>DERECHOS</b>	<b>IZQUIERDOS</b>

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



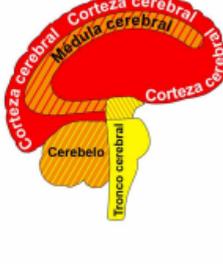
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

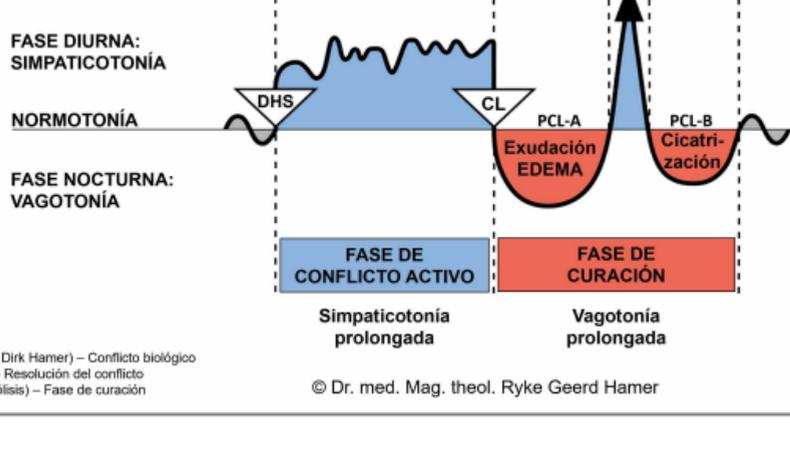
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



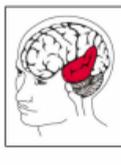
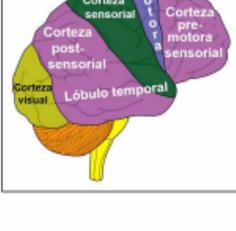
Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



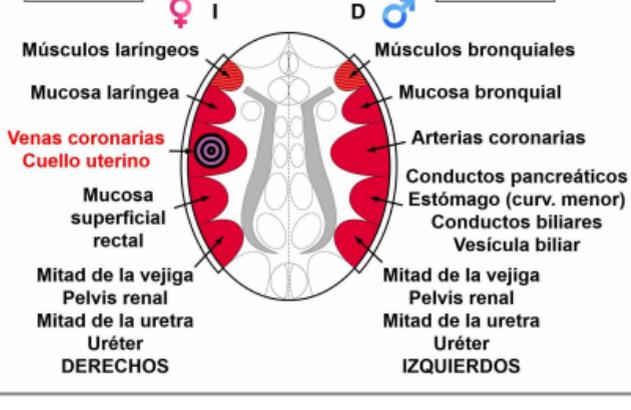
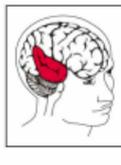
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

**CORTEZA CEREBRAL**  
vista lateral



**LÓBULOS TEMPORALES**  
vista superior

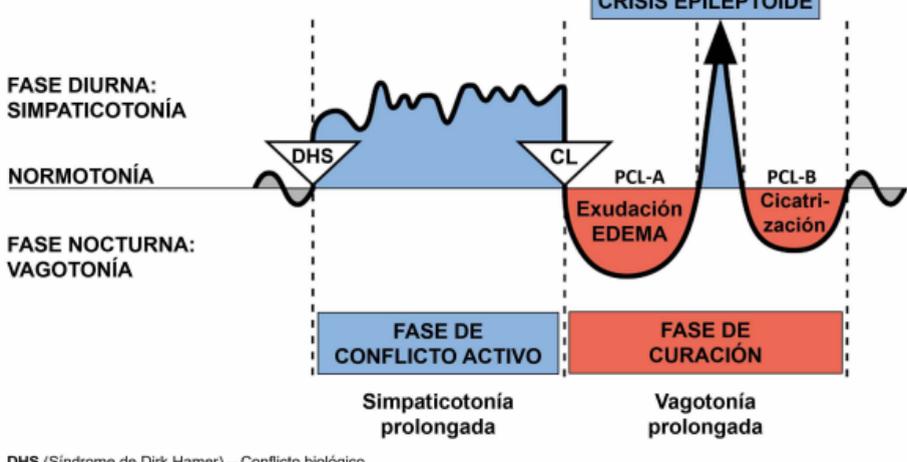




**Un blastocisto en el 5to día después de la fecundación**

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

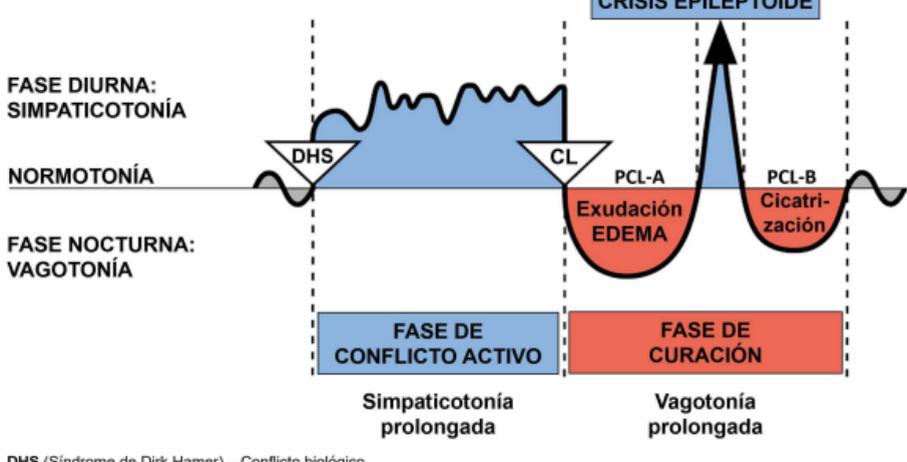
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

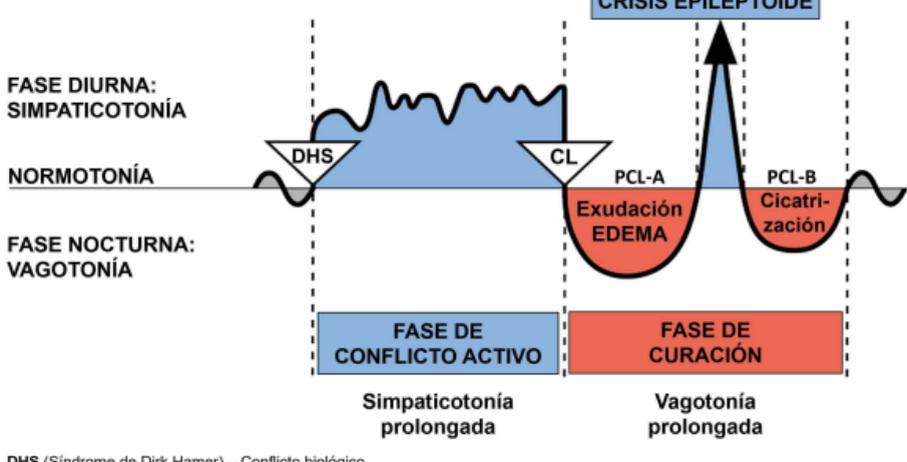
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

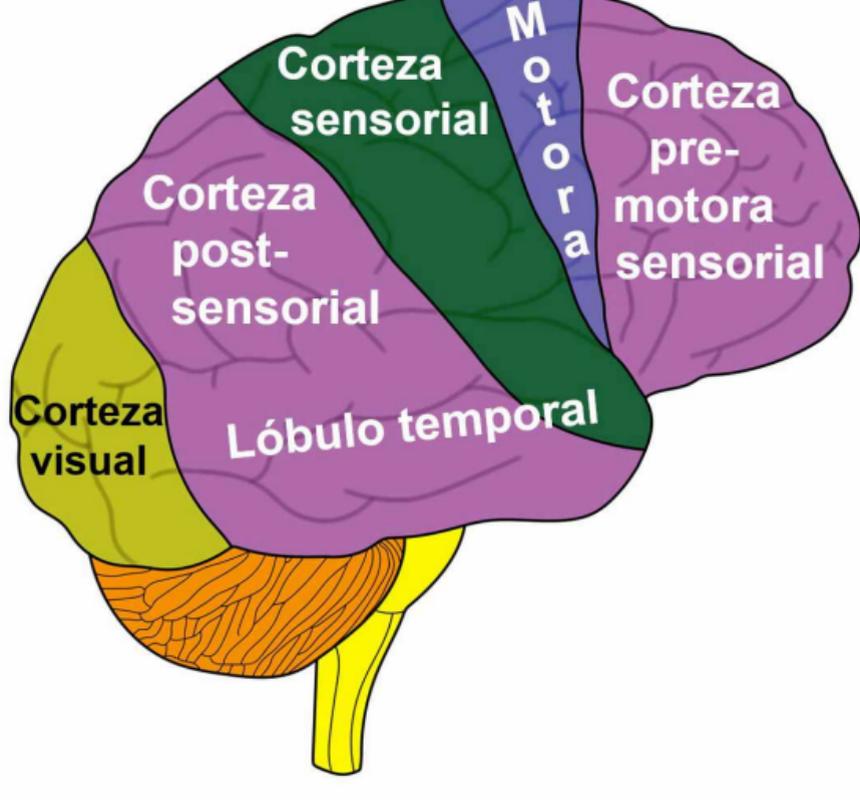


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflictóllisis) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflictóllisis) – Fase de curación

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

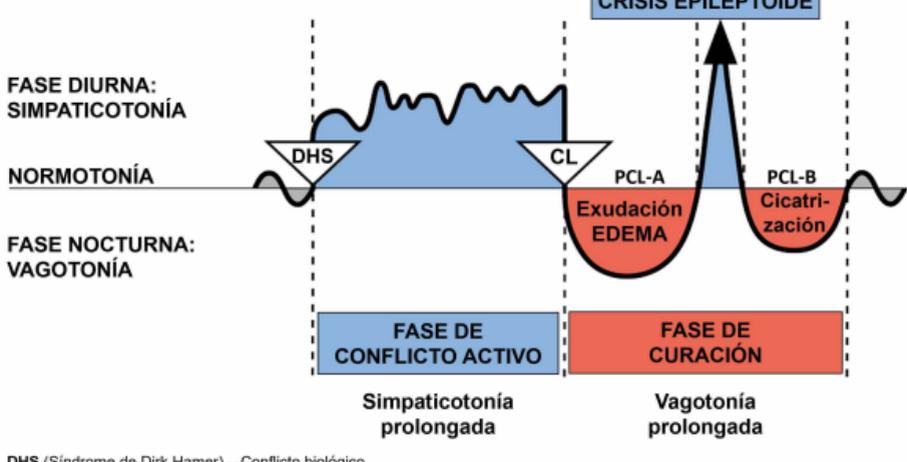
# CORTEZA CEREBRAL

vista lateral



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

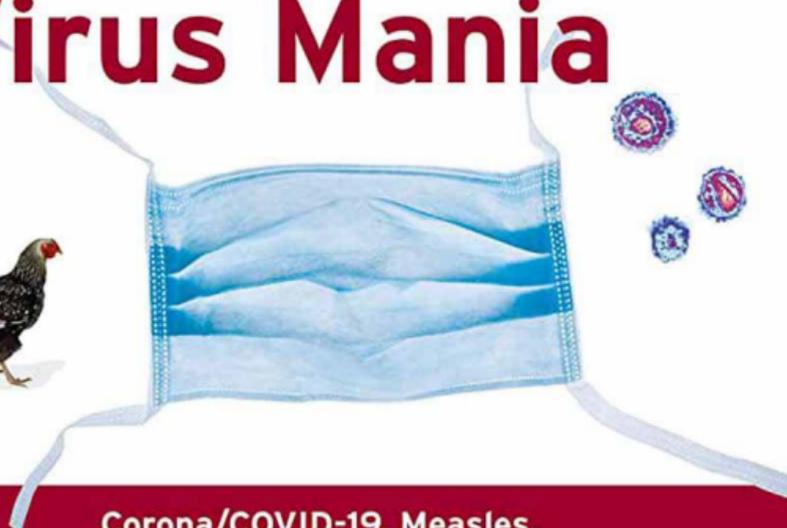
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

“Si hay evidencia de que el VIH causa el SIDA, tendrían que existir documentos científicos que demuestren este hecho individualmente o colectivamente, al menos con una alta probabilidad. No existe tal documento.” - Dr. Kary Mullis, Premio Nobel de Química 1993

Torsten Engelbrecht  
Dr. Claus Köhnlein, MD  
Dr. Samantha Bailey, MD  
Dr. Stefano Scoglio, BSc PhD

# Virus Mania



**Corona/COVID-19, Measles,  
Swine Flu, Cervical Cancer, Avian Flu, SARS,  
BSE, Hepatitis C, AIDS, Polio, Spanish Flu**

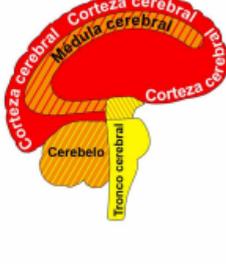
**How the Medical Industry Continually Invents Epidemics,  
Making Billion-Dollar Profits  
at Our Expense**

Forewords by  
**Prof. Etienne de Harven**, MD, Pioneer in Virology  
**Joachim Mutter**, MD, Expert in Preventive Medicine

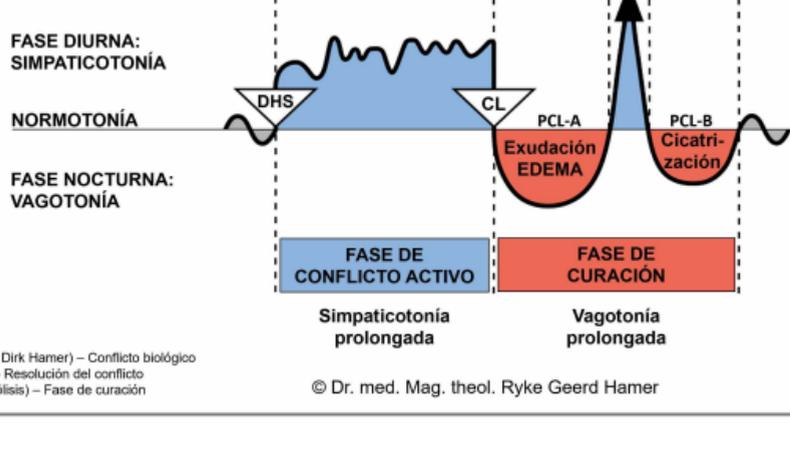
**With Robert F. Kennedy Jr.**  
on Vaccines, Fraud + Harm

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

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**

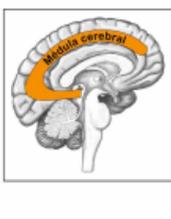


Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		

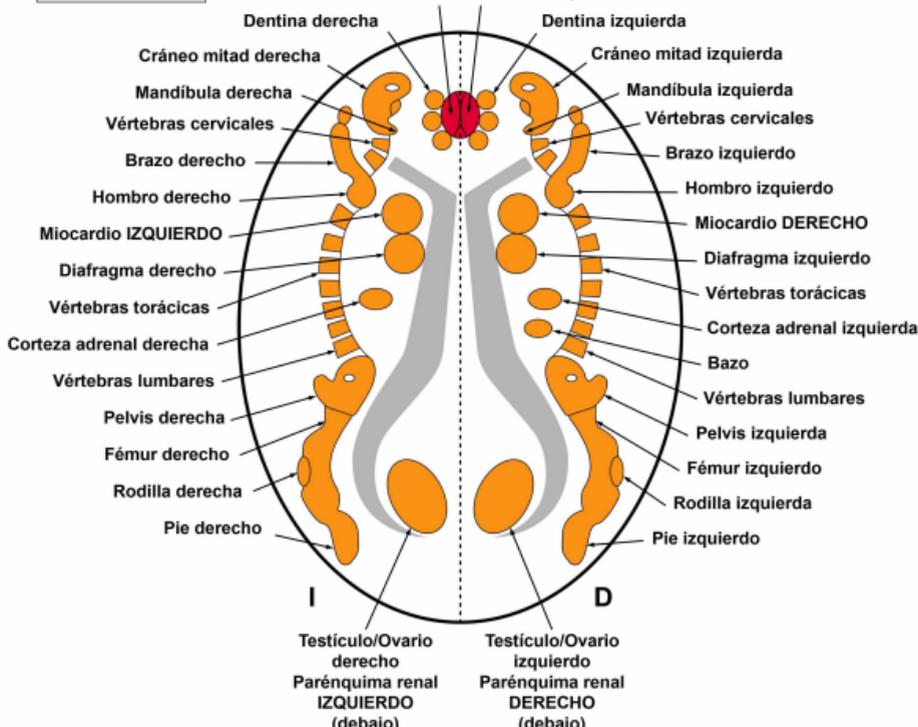


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

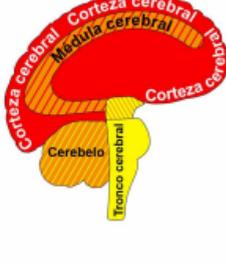


## RELACIÓN MÉDULA CEREBRAL – ÓRGANO

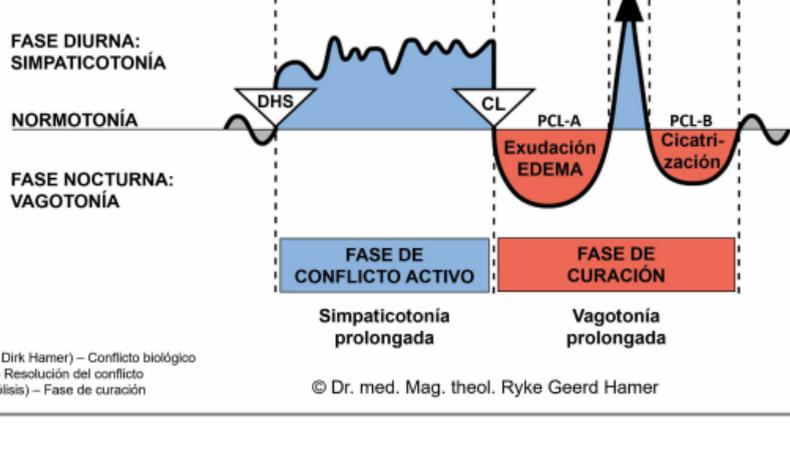


© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



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 (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

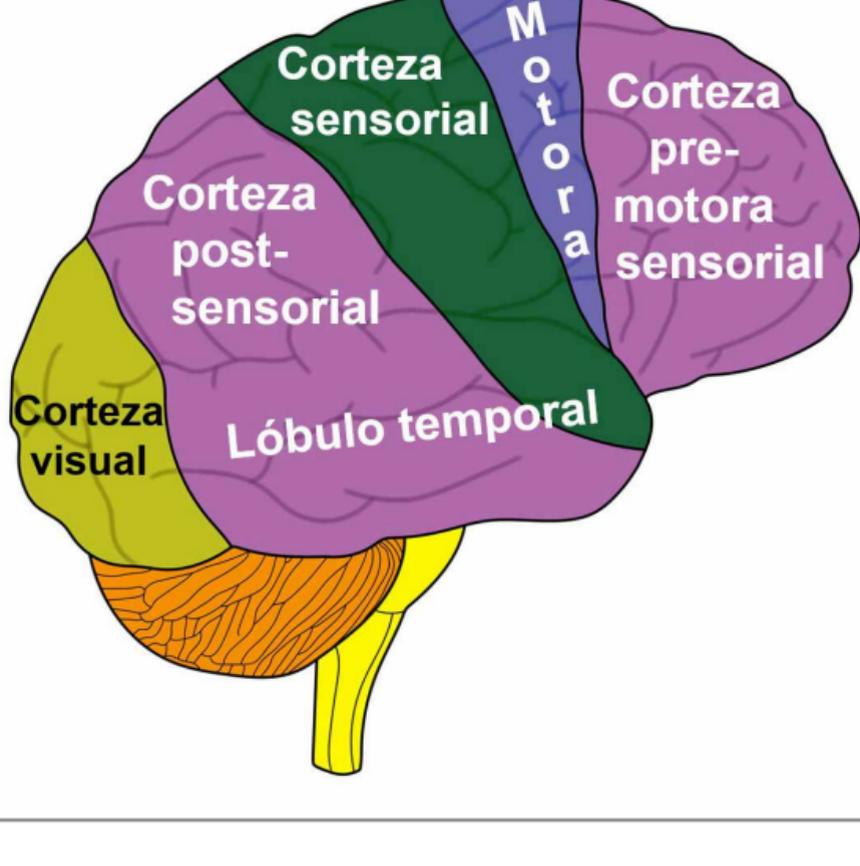
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Los antibióticos destruyen los microbios necesarios para un proceso de curación natural. También dañan las mitocondrias, que son las células responsables de la producción de energía.

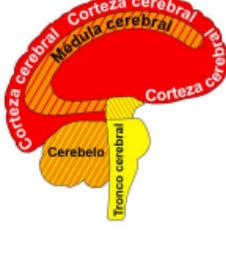
El homúnculo es una representación de diferentes divisiones anatómicas del cuerpo.

# CORTEZA CEREBRAL

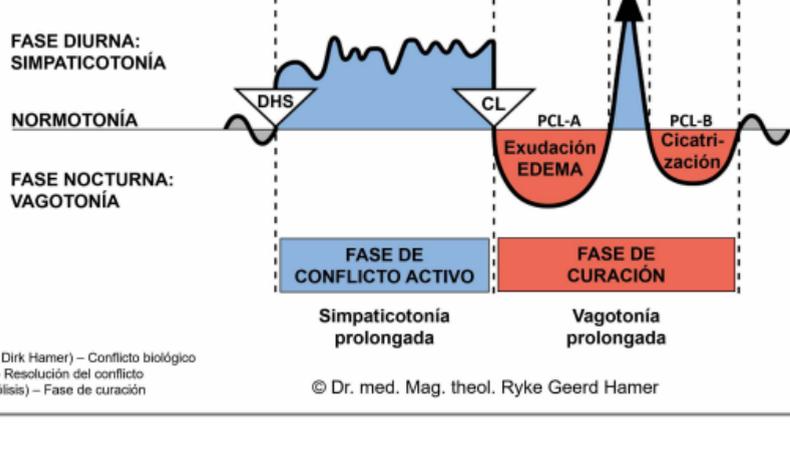
vista lateral



**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



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

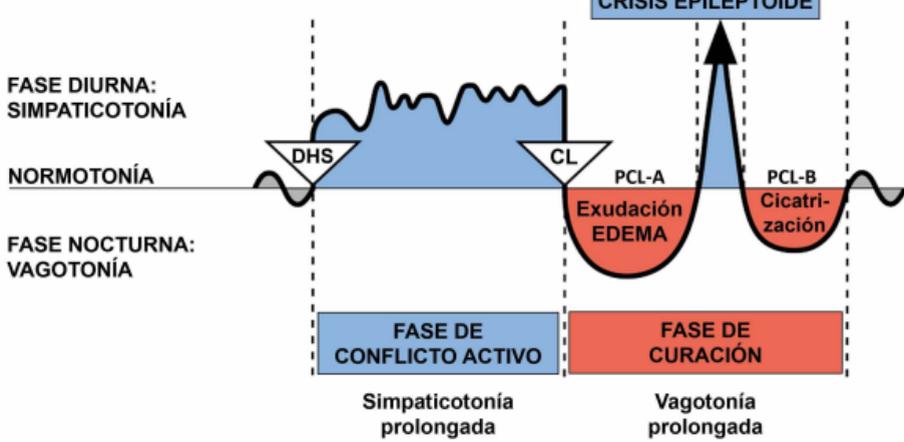


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

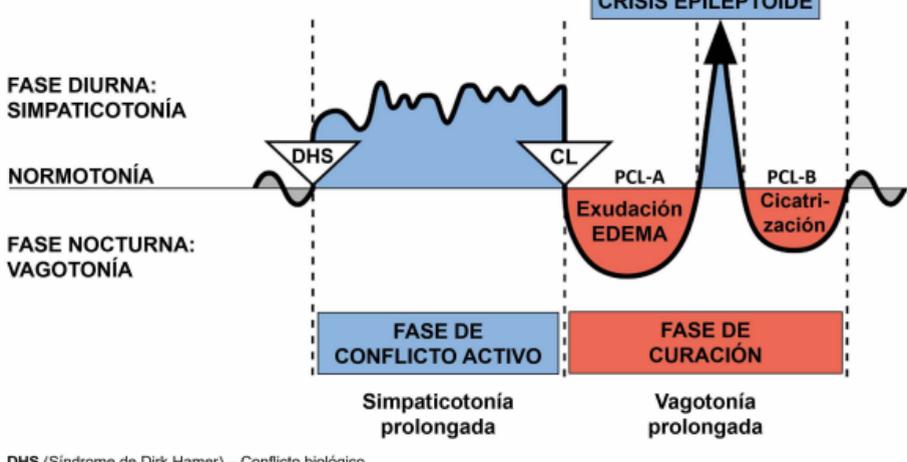


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

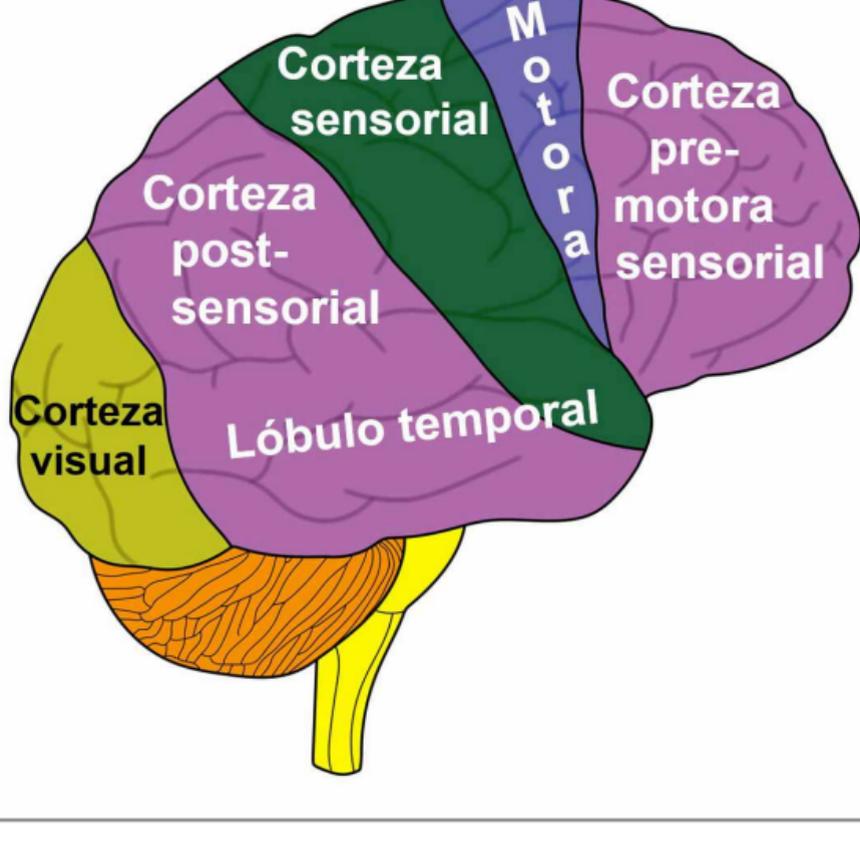


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

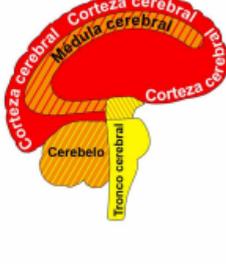
# CORTEZA CEREBRAL

vista lateral

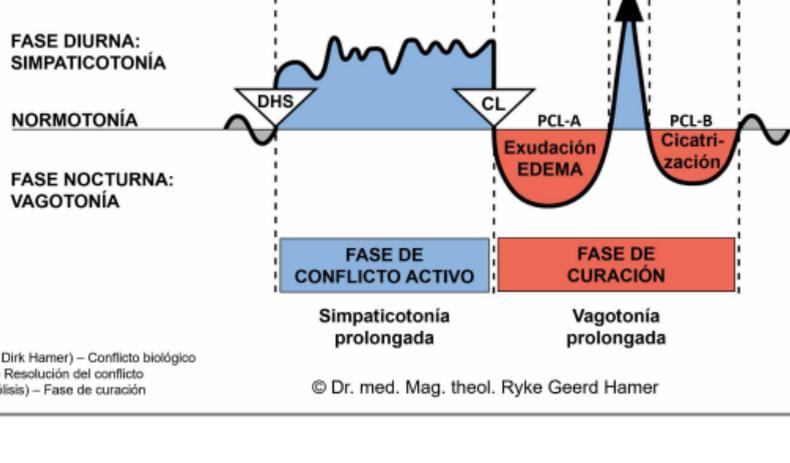


El homúnculo es una representación de diferentes divisiones anatómicas del cuerpo.

**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**

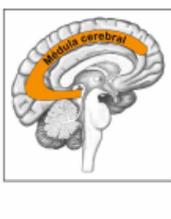


Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		

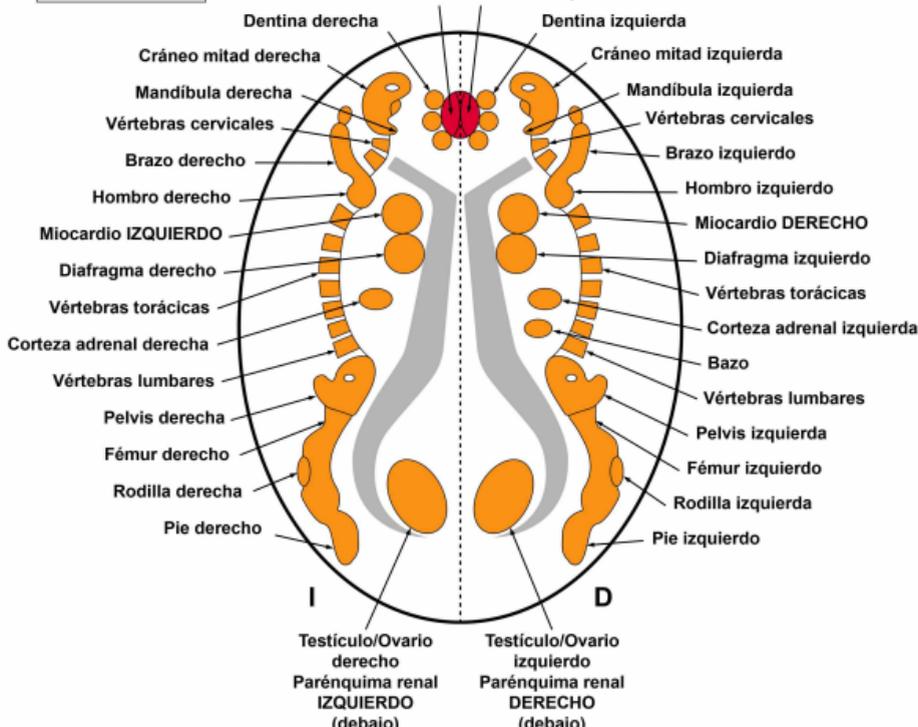


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

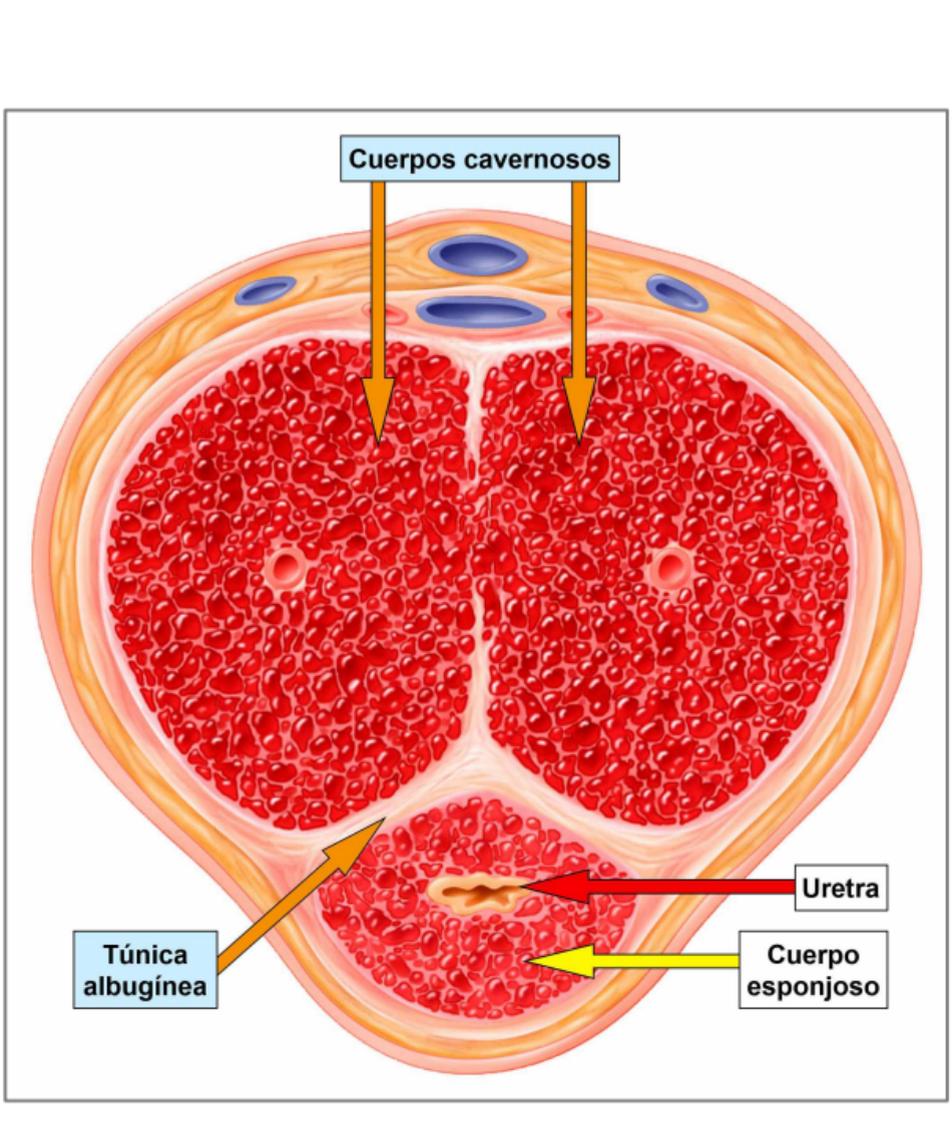
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



## RELACIÓN MÉDULA CEREBRAL – ÓRGANO

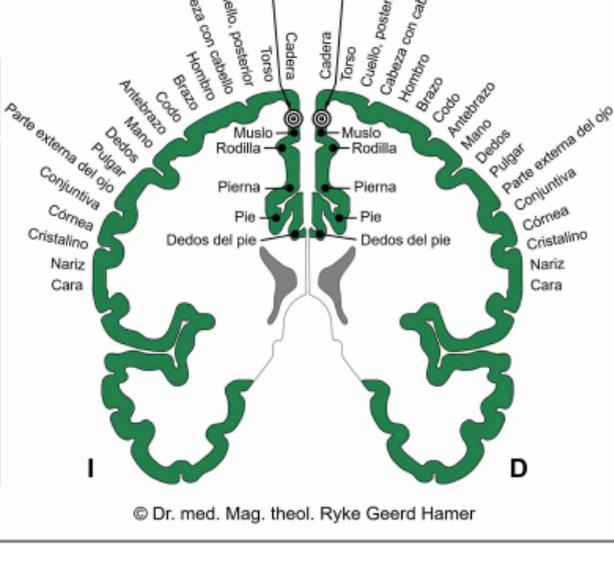


© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

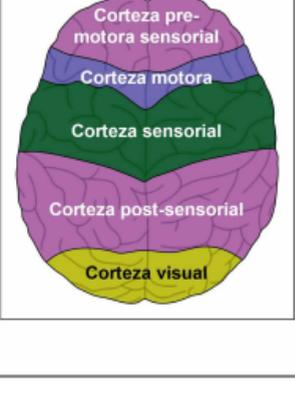


**CORTEZA SENSORIAL  
vista posterior**

**Genitales externos  
Mucosa vaginal  
Lado DERECHO**      **Genitales externos  
Mucosa vaginal  
Lado IZQUIERDO**

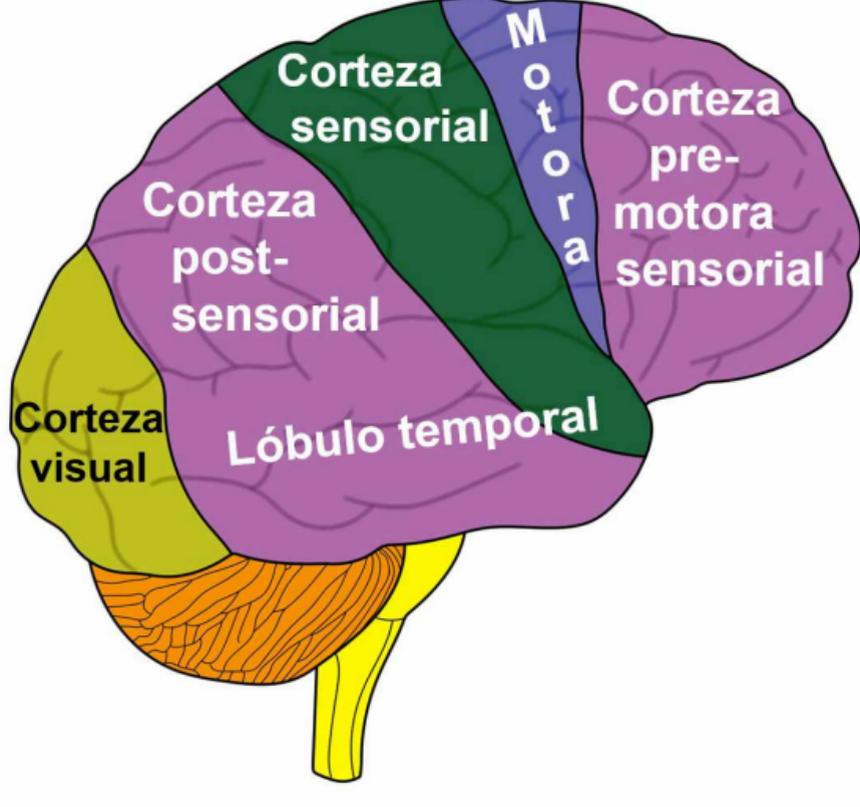


**CORTEZA CEREBRAL  
vista superior**

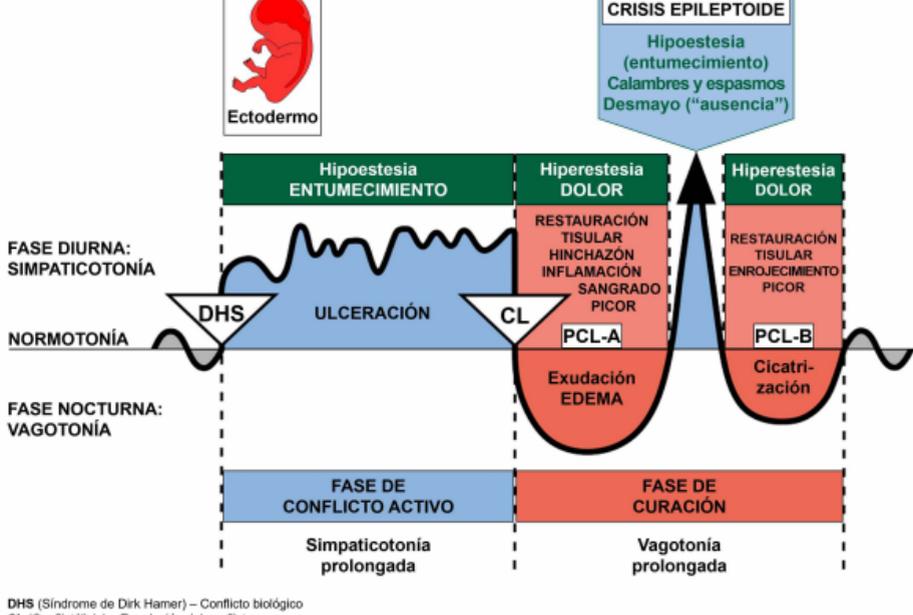


# CORTEZA CEREBRAL

vista lateral



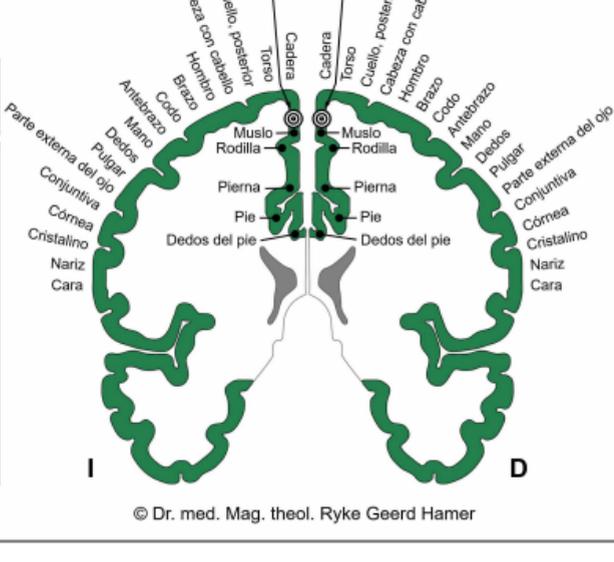
# PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LA PIEL EXTERNA



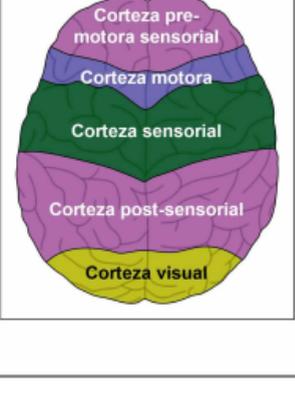
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico  
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

**CORTEZA SENSORIAL  
vista posterior**

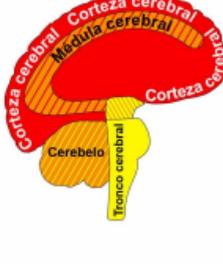
**Genitales externos  
Mucosa vaginal  
Lado DERECHO**      **Genitales externos  
Mucosa vaginal  
Lado IZQUIERDO**



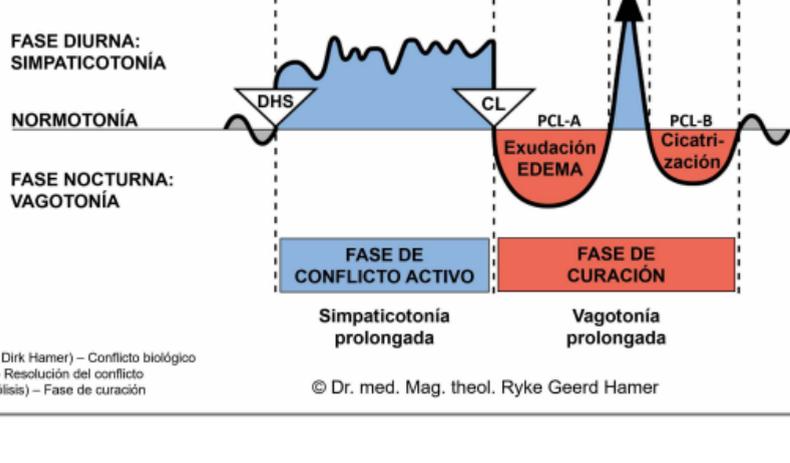
**CORTEZA CEREBRAL  
vista superior**



**G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA**



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 (Conflicto) – Resolución del conflicto  
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

## CORTEZA CEREBRAL vista lateral

