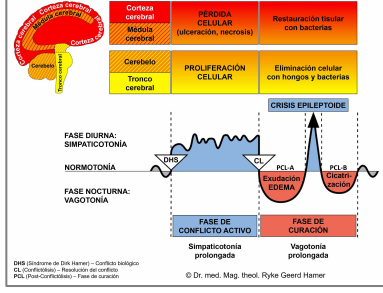




PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

RIÑONES Y VEJIGA

escrito por Caroline Markolin,
Ph.D.



RIÑONES

Túbulos colectores renales

EL SÍNDROME

Médula adrenal

Corteza adrenal

Parénquima renal

Pelvis renal

Uréteres

VEJIGA

Trígono vesical

Mucosa vesical

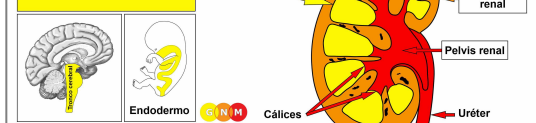
Uretra

Músculo vesical

Esfínter vesical interno

Esfínter vesical externo

Rev. 1.08



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS TÚBULOS COLECTORES RENALES:

Los riñones están posicionados a cada lado de la parte inferior de la columna en la parte posterior del abdomen (retroperitoneal). La función de los túbulos colectores renales es recolectar la orina producida en el parénquima renal y canalizarla a través de varios cálices en forma de copa hasta la pelvis renal. Desde allí, la orina pasa a los uréteres, la vejiga y la uretra para su excreción. La orina consta en su mayor parte de agua (alrededor del 95%). El resto está compuesto por electrolitos (principalmente sodio, potasio, cloruro y calcio) y sustancias úricas como ácido úrico, urea y creatinina. Los riñones filtran diariamente 180 litros de sangre. Sin embargo, el 99% del filtrado es reabsorbido por los túbulos renales y devuelto al torrente sanguíneo, dejando una producción de orina de entre 1,5 y 2 litros.

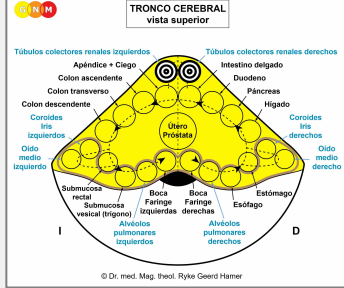
NOTA: El contenido de sal de los fluidos corporales, notablemente de las lágrimas, la sangre y el líquido amniótico, es exactamente el mismo que la concentración de sal isotónica en el agua de mar, es decir, 0,9%. Esto claramente sugiere que la vida orgánica se originó en el océano.

“El útero de toda mujer es un micro-océano, la salinidad de sus fluidos se asemeja a la de las aguas primigenias; y cada microcosmos escenifica el drama del origen de la vida en la gestación de cada embrión, desde los protozoos unicelulares a través de todas las fases de respiración branquial y anfibia, hasta la evolución de los mamíferos”
(Elisabeth Mann Borgese, *The Drama of the Oceans* [El drama de los océanos], 1975).

En términos evolutivos, los túbulos colectores renales son el tejido más antiguo de los riñones. Como las células intestinales que digieren el “bocado de comida”, la función biológica de los túbulos renales es “absorber/retener” (cualidad absorbente) y “digerir” (cualidad secretora) el “bocado de agua”. Los túbulos colectores renales constan de epitelio cilíndrico intestinal, se originan del

endodermo y se controlan desde el tronco del cerebral.

NOTA: Originalmente, los riñones eran un solo órgano que luego se dividió en dos riñones.



NIVEL CEREBRAL: En el **tronco cerebral**, los tubulillos colectores de los riñones tienen dos centros de control que están situados muy cerca de los relés cerebrales de los órganos del canal alimentario.

Los tubulillos colectores renales derechos, originalmente responsables del ciclo de la urea (conversión de amoníaco en urea), se controlan desde el lado derecho del tronco cerebral. Los tubulillos colectores renales izquierdos, responsables de procesar el agua, se controlan desde el hemisferio izquierdo del tronco cerebral. Hoy, ambos riñones comparten la misma función (ved también desarrollo de los pulmones).

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a los tubulillos colectores de los riñones se origina en un momento en el que la vida solo existía en el océano y ser expulsado del medio acuático creaba una situación que amenazaba la vida. Este tipo de angustia también afecta a la vida humana porque el agua es el hogar primordial de todos los organismos vivos. Los seres humanos experimentamos el conflicto de “**sentirnos como un pez fuera del agua**” cuando somos inesperadamente “arrastrados fuera” de nuestro entorno familiar o cuando perdemos nuestra “manada”. En GNM, nos referimos al conflicto de los tubulillos colectores renales como un **conflicto de abandono, conflicto de existencia o conflicto de refugiado**.

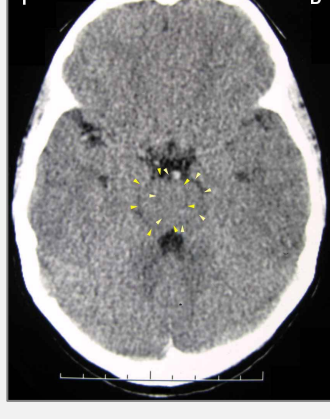
Los **conflictos de abandono** son provocados por sentirse expulsados, excluidos, no deseados, rechazados, no comprendidos, ignorados, dejados fuera, aislados y solos. Los niños experimentan el conflicto cuando los llevan a la guardería, cuando se sienten despreciados o excluidos del grupo (en casa, en el patio de recreo, en el jardín de infancia, en la escuela), cuando sus padres no pasan suficiente tiempo con ellos, cuando nace un nuevo hermano que recibe más atención, cuando muere un abuelo o cuando un miembro de la familia se va. Es la pérdida de la seguridad y la pérdida de un refugio emocional lo que los hace sentir completamente solos. Lo mismo puede decirse de los ancianos que acaban en centros de enfermería, lejos de su hogar y de su familia. Los recién nacidos son igualmente vulnerables. Por lo tanto, ser separado de la madre al nacer por una u otra razón puede causar un conflicto de abandono severo. Las mascotas también sufren terriblemente cuando son dejadas atrás.

Un **conflicto de existencia** es un miedo por la propia vida— igual al pez fuera del agua en peligro de morir. Este miedo a menudo se desencadena por un diagnóstico de cáncer o un pronóstico negativo asociado con “**mi vida está en juego**” (comparad con el conflicto de miedo de la muerte relacionado con los pulmones). Esperar en una sala de emergencias, estar en una ambulancia y la **hospitalización** (someterse a tratamientos de quimioterapia, cirugía, no sentirse atendido, falta de apoyo por parte de médicos, enfermeras o familiares) también evoca conflictos de existencia y abandono. El miedo a tener que ir al hospital ya puede activar el conflicto. Un conflicto de existencia también se relaciona con el sustento de uno. El sentimiento detrás del conflicto es “**lo he perdido todo**”. Esto podría ser la pérdida de un lugar de trabajo, pérdidas financieras, la pérdida de un hogar o la pérdida de una persona que proporcionó seguridad, económicamente o emocionalmente.

Un **conflicto de refugiado** se experimenta como ser “arrojado al desierto”, como sentirse desarraigado o “en el exilio”, por ejemplo, debido a un traslado o mudanza inesperada (cambio de vecindario, cambio de escuela) o al verse obligado a huir de su hogar o patria. Viajar lejos de un hogar familiar o de un ser querido puede provocar el conflicto. Los viajeros aéreos son particularmente propensos a sufrir conflictos de refugiado. Del mismo modo, sentirse incómodo en un avión (miedo a volar) puede desencadenar un conflicto de existencia.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, las células del túbulo colector renal o de los túbulos colectores renales afectado proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es cerrar el filtro de excreción para retener el agua para que el organismo tenga una mejor oportunidad de sobrevivir. Este programa innato de retención de agua es vital porque sin agua todos los procesos metabólicos dejan de funcionar. **NOTA:** Si los conflictos afectan al riñón derecho o izquierdo es aleatorio.



En un escáner cerebral, los relés de los túbulos renales ([ved el diagrama de la GNM](#)) son visibles en varias capas.

En esta imagen, el Foco de Hamer en el hemisferio del tronco cerebral izquierdo muestra el impacto del conflicto en un nivel ligeramente más alto que el del lado derecho. Las estructuras anulares nítidas indican que los conflictos están activos, afectando ambos riñones a nivel orgánico. En GNM llamamos a esto una [Constelación de los Túbulos Colectores Renales](#), que se manifiesta mentalmente como desorientación y confusión, como se ve, por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer – ¡Vinculada al abandono y los conflictos de existencia!

Síntomas de la fase de conflicto activo:

- **retención de agua.**
- **niveles elevados de ácido úrico.**
- **niveles elevados de urea y creatinina.**
- **disminución de la producción de orina.**

El grado de **RETENCIÓN DE AGUA** está determinado por la intensidad del conflicto. Los signos típicos de retención de agua son ojos caídos, manos hinchadas, pies y tobillos hinchados (ved también edema periférico) y **ganancia de peso** (1 litro de agua retenida pesa alrededor de 1 kilo o 2,2 libras). Con un conflicto persistente de abandono o existencia, una persona puede ganar mucho peso (100 kg y más) a pesar de los ejercicios regulares, una dieta normal o incluso el ayuno. El agua retenida se almacena predominantemente en el tejido graso, principalmente en el área abdominal (ved ascitis). En este caso, la obesidad no es causada por un exceso de grasa corporal sino por una acumulación excesiva de agua como resultado de una larga actividad conflictiva (comparad con la obesidad debido a la hipoglucemia).



... sentirse “como un pez fuera del agua”.

La Germánica Nueva Medicina ofrece una comprensión completamente nueva del creciente número de personas con sobrepeso, incluidos los niños, en el mundo occidental al tener en cuenta los cambios sociales (la disolución de las estructuras familiares tradicionales, las crecientes tasas de divorcio, los bebés en la guardería, los ancianos en residencias) y acontecimientos económicos alarmantes (incremento del desempleo, malas perspectivas para los jóvenes, aumento de la deuda). Si consideramos hoy en día la retención de agua (ganancia de peso) útil o no, es irrelevante. Lo que importa es que este Programa Especial Biológico ha demostrado ser biológicamente significativo durante millones de años.

Guardería Relacionada con el Sobrepeso

“Los niños pequeños que asisten a la guardería de forma regular tienen un 50% más de probabilidades de tener sobrepeso en comparación con los que se quedaron en casa con sus padres, según un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Montreal y el Centro de Investigación del Hospital CHU Sainte-Justine”

NOTA: Durante la fase de conflicto activo, se recomienda reducir la **ingesta de fluidos** a menos que haya suficiente diuresis diaria (comparad con la ingesta de fluidos en la fase de curación y con el SÍNDROME). Sin embargo, muy poca ingesta de fluidos incrementa la retención de agua (y la ganancia de peso) porque, incluso sin un conflicto, el organismo aún retiene líquidos para mantener el equilibrio hídrico del cuerpo. Esto también sucede con la insuficiencia de proteínas en la dieta.

En la fase de conflicto activo, el organismo no solo retiene el agua sino también las sustancias úricas como el ácido úrico, la urea y la creatinina. Por lo tanto, estos niveles aumentan proporcionalmente al grado de actividad conflictiva y al número de túbulos renales afectados (comparad con los niveles elevados de ácido úrico, urea y creatinina relacionados con el parénquima renal). La teoría estándar de que los **NIVELES ELEVADOS DE ÁCIDO ÚRICO** están vinculados a una dieta alta en proteínas (ved gota) no es concluyente, ya que los vegetarianos también tienen altos niveles de ácido úrico.

La urea y la creatinina son productos de desecho del metabolismo de las proteínas y normalmente se excretan con la orina. Sin embargo, en el caso crítico de un conflicto de existencia, el organismo recicla las sustancias retenidas en proteínas para proporcionar nutrición al organismo. ¿Por qué? Porque, en términos biológicos, el conflicto de ser expulsado del medio acuático significa junto al peligro de secarse también una amenaza de inanición, en particular de morir por deficiencia de proteínas. Para esta situación de emergencia, la naturaleza creó otro programa de supervivencia, que consiste en convertir toxinas como la urea y la creatinina en alimentos para ayudar al organismo a superar la crisis. **NIVELES ELEVADOS DE UREA Y CREATININA**, por lo tanto, no son enfermedades (“**uremia**”) o disfunciones (“**insuficiencia renal**”), como afirma la medicina convencional, sino que tienen un propósito biológico. La retención de urea y creatinina, además de almacenar agua, es una respuesta innata en caso de que el agua y las proteínas no estén disponibles durante un período de tiempo más largo.

La retención de agua y orina da como resultado una **DISMINUCIÓN DE LA SALIDA DE ORINA**. Por lo tanto, durante la fase de conflicto activo, la **orina se concentra y es de color amarillo oscuro**. Dado que el agua también se absorbe en los intestinos, las heces son secas y duras. Cuando hay más túbulos renales afectados, la excreción de orina puede disminuir drásticamente causando **oliguria** (salida de orina de entre 150-400 ml al día) o **anuria** (menos de 50 ml al día).

NOTA: Según el Dr. Hamer, con una eliminación urinaria diaria de 150-200 ml (oliguria, casi anuria) el organismo aún elimina las sustancias úricas en cantidades suficientes. Un nivel de creatinina por encima de 12 mg/dL indica que los túbulos renales de ambos riñones están afectados. En este caso, la diálisis es una necesidad.

Con una actividad de conflicto prolongada, se desarrolla un crecimiento plano (tipo absorbente) o en forma de coliflor (tipo secretor) en los túbulos colectores renales. En la medicina convencional, esto se diagnostica como **cáncer de riñón** o “**carcinoma de células renales**” (comparad con “cáncer de riñón” relacionado con el parénquima renal). Si la tasa de división celular excede un cierto límite, el cáncer se considera “maligno”.

RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO: Con la resolución del conflicto (**CL**) el agua retenida se libera inmediatamente a través de los **cálices** no afectados. Dependiendo del grado de retención de agua, la eliminación de orina puede ser abundante. La medicina estándar ve esta micción copiosa (**poliuria**) como “anormal” y “patológica”. Con el conocimiento de GNM, damos la bienvenida a esta **FASE URINARIA** con gran alivio (ved también fase urinaria poco después de cada Crisis Epileptoide).

FASE DE CURACIÓN: Tras la resolución del conflicto, los hongos o micobacterias, como la bacteria de la tuberculosis (TB), eliminan las células que ya no son necesarias. **Los síntomas de curación** son una **orina turbia** ya que la secreción producida durante el proceso de descomposición se excreta a través del tracto urinario (la secreción puede contener sangre), **dolor** debido a la hinchazón y **sudores nocturnos**. Con una inflamación, la condición se llama “**nefritis**” (comparad con la glomerulonefritis relacionada con el

parénquima renal). La **candidiasis renal** revela que los hongos asisten la curación.

Si las bacterias de la tuberculosis están presentes, esto causa una “**infección renal bacteriana**” o **tuberculosis renal** (comparad con “infección renal” relacionada con la pelvis renal, ver también “infección renal bacteriana” que involucra a la bacteria *E. coli*). Después de la tuberculosis, particularmente cuando la fase de curación duró un largo período de tiempo, los cálices afectados aparecen en una radiografía más regordetes que con contornos nítidos. Es a partir de este aspecto radiológico que los médicos hacen el diagnóstico de “**síndrome nefrótico**” (ved también el cambio de nombre de la tuberculosis pulmonar a cáncer de pulmón y la tuberculosis hepática a cáncer de hígado).

La secreción tuberculosa es rica en proteínas. Por lo tanto, cuando se descomponen las células adicionales, la eliminación de proteínas a través de la orina es mayor de lo normal. Esto se denomina clínicamente **proteinuria o albuminuria** (en la medicina convencional, la proteína en la orina durante el embarazo se considera un “trastorno del embarazo”, llamado preeclampsia). En la sangre, sin embargo, la concentración de proteínas es baja (**hipoproteinemia**) porque, en caso de una deficiencia de proteínas, el organismo toma proteínas de la sangre para equilibrar la pérdida de proteínas. Si la nutrición o los suplementos ricos en proteínas no son suficientes para corregir la escasez de proteínas, la administración temporal de infusiones de albúmina es crucial. Al final de la fase de curación, los niveles de proteínas, así como los valores de urea y creatinina, vuelven a la normalidad.

NOTA: En cuanto a la **ingesta de fluidos**, durante la fase de curación es importante beber cantidades adecuadas de agua para favorecer la eliminación de los restos de la degradación celular (comparad con la ingesta de fluidos en la fase de conflicto activo y con el SÍNDROME).



Con la tuberculosis crónica (curación pendiente) se pierde cada vez más tejido renal de forma irremediable. El resultado: un **riñón cirrótico** (ved riñón izquierdo en esta imagen) y la incapacidad de eliminar cantidades suficientes de orina (comparad con el riñón cirrótico relacionado con el parénquima renal con producción de orina insuficiente). Si la curación no se puede completar a tiempo, esto últimamente conduce a una “**insuficiencia renal tubulosa**” (comparad con la “insuficiencia renal glomerular”) y eventualmente a un **fallo renal**. Cuando ambos riñones fallan, la diálisis es inevitable. **NOTA:** ¡La uremia *no* causa fallo renal!

La GNM ofrece una explicación de por qué el **fallo renal agudo** es la complicación más frecuente en pacientes hospitalizados, particularmente en **unidades de cuidados intensivos** (ved conflicto de existencia).

“La mortalidad asociada con insuficiencia renal aguda (IRA) en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se ha mantenido superior al 50% durante las últimas tres décadas, a pesar de las mejoras en la tecnología de reemplazo renal” (*Journal of the American Society of Nephrology*, 2011).

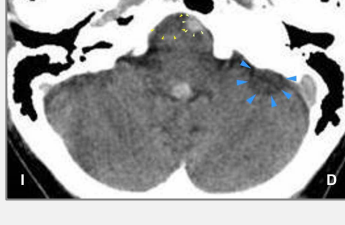
El fallo renal como resultado de conflictos de abandono es también una de las principales causas de muerte en las mascotas.

Con las continuas recaídas conflictivas, un riñón cirrótico ya no puede retener agua. Como consecuencia, se eliminan grandes volúmenes de orina diluida. Esta condición se llama **diabetes insípida**. La teoría de que la diabetes insípida está relacionada con un “defecto hormonal” es pura suposición.

Cuando el riñón afectado se extirpa quirúrgicamente, un nuevo o reactivado conflicto de abandono o existencia afecta al otro riñón porque el programa de retención de agua tiene la máxima prioridad. Esto inicia el desarrollo de un nuevo tumor renal, interpretado por la

medicina convencional como un “cáncer metastásico”.

NOTA: Un riñón trasplantado no está controlado por el cerebro. Su función se mantiene artificialmente.



En esta TC cerebral vemos ambos relés de túbulos colectores renales involucrados ([ved el diagrama de la GNM](#)) después del impacto de dos conflictos independientes de abandono o existencia. El edema (acumulación de fluido) en el lado izquierdo (hipodenso, que se muestra como oscuro) indica [Fase de Curación-A](#), también en el riñón izquierdo; la presencia de neuroglia en el lado derecho (hiperdensa, de color blanco) revela que los túbulos renales derechos ya están en [PCL-B](#). En la medicina convencional, la acumulación de glía se interpreta erróneamente como un “tumor cerebral”.

Las flechas azules señalan un edema en el centro de control de la coroides en el lado derecho del tronco cerebral. Esto indica que la persona está en la fase de curación ([PCL-A](#)) de un conflicto de bocado visual (no poder ver a una persona amada) que ocurrió junto con el conflicto de abandono.

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. En el riñón, esto podría causar una oclusión de la abertura de la pelvis renal. En este caso, es posible que deba considerarse la cirugía.

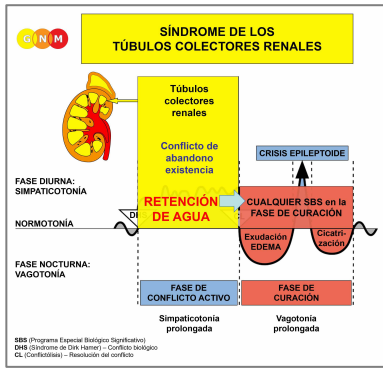
PIEDRAS RENALES (Piedras de Oxalato de Calcio)

Con las constantes recaídas conflictivas, la sal y los residuos minerales acumulados en los túbulos colectores renales eventualmente forman cálculos renales, que se liberan durante la Crisis Epileptoide con espasmos (**cólico renal**) y dolor agudo, particularmente si un cálculo obstruye el tracto urinario (ved también relacionados con la pelvis renal).



Los cálculos renales en los túbulos son cálculos de oxalato de calcio oscuros o blancos (comparad con los cálculos de ácido úrico de color verde o amarillento en la pelvis renal).

EL SÍNDROME DE LOS TUBULOS COLECTORES RENALES



El **Síndrome de los Túbulos Colectores Renales**, en resumen: el **SÍNDROME**, implica:

a) **retención de agua debido a un conflicto activo de abandono o existencia.**

b) **CUALQUIER Programa Especial Biológico en la fase de curación.**

Cuando el organismo retiene el agua, el exceso de fluido también se almacena en el órgano en curación y en el relé cerebral correlativo. Por lo tanto, el tamaño del edema que se desarrolla en [PCL-A](#) (fase exudativa) no solo está determinado por la magnitud del DHS y la intensidad de la fase de conflicto activo precedente, sino también por el grado de retención de agua debido a un conflicto activo de abandono o existencia. Si la retención de agua es responsable de grandes hinchazones en la fase de curación se puede establecer fácilmente evaluando los niveles de urea y creatinina y midiendo la producción de orina. En la aplicación práctica de GNM, un análisis de TC cerebral es una herramienta

de diagnóstico invaluable para evaluar la situación.



Esta TC muestra un Foco de Hamer en el relé cerebral que controla los túbulos colectores renales izquierdos ([ved el diagrama de la GNM](#)). La configuración de nítido anillo indica actividad conflictiva, por lo tanto, retención de agua.

NOTA: Con el SÍNDROME, el sistema nervioso autónomo está en simpaticotonía y vagotonía al mismo tiempo. Por lo tanto, el sueño extra (fatiga) y un buen apetito que son vitales para la curación se ven interrumpidos por el estado de estrés en conflicto activo con poco apetito y dificultades para dormir. El resultado: agotamiento nervioso, pérdida de peso y pérdida de energía.

El SÍNDROME puede crear serias complicaciones tanto a nivel del órgano como del cerebro, específicamente durante la Crisis Epileptoide.

Consecuencias del SÍNDROME a NIVEL ORGÁNICO:

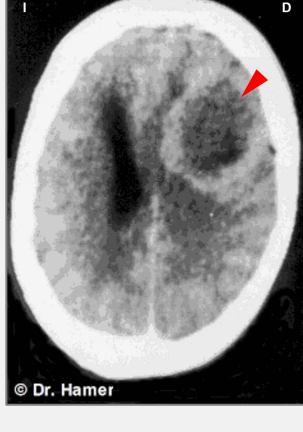
- **dolor incrementado** debido a la hinchazón agrandada, que lleva al uso de analgésicos más fuertes como la morfina.
- **hinchazones inofensivas pueden convertirse en un caso complicado** causando obstrucciones, por ejemplo, en el colon o en las vías biliares, requiriendo cirugía y hospitalización. Esto a menudo desencadena más conflictos de existencia con el resultado de una acumulación aún mayor de fluido en el órgano afectado.
- **tumores curándose**, por ejemplo, en los pulmones, mucosa bronquial, hígado, páncreas, colon, tiroides, mama (glándulas o conductos galactóforos), cuello uterino, útero, ovarios, próstata o testículos se **incrementan en tamaño**. Es entonces cuando la medicina convencional habla de cánceres de “crecimiento rápido” o “agresivos”.
- **crecimientos que se habían encapsulado** debido a la falta de hongos o bacterias TB, **aparecen más grandes** y pueden detectarse durante un chequeo médico de rutina o un examen de seguimiento (mamografía, colonoscopia, etc.).
- **cavernas** que quedaron como resultado de un proceso de curación prolongado (curación pendiente), por ejemplo, en las glándulas mamarias, **se incrementan con la retención de agua**, presentándose ahora como quistes.
- **quistes** tales como quistes hepáticos, quistes tiroideos, quistes ováricos, quistes testiculares o quistes renales **se agrandan e incluso pueden estallar**. El fluido liberado en el área vecina puede conducir a complicaciones agudas.
- **un derrame**, por ejemplo, en la cavidad pleural, el peritoneo o el pericardio **puede causar una afección médica grave** debido al agua adicional almacenada en la membrana ya llena de fluido. Cuando el agua retenida se acumula en los pulmones, esto causa un edema pulmonar, que a menudo es fatal.
- **condiciones de la piel** (que involucran la parte inferior de la piel o la epidermis) **se muestran más dramáticas**.
- **reacciones alérgicas** (erupciones cutáneas, ataques de tos, diarrea) son más intensas.
- **las inflamaciones se vuelven más severas**.
- **las condiciones artríticas son más dolorosas** debido a la incrementada hinchazón.
- **con la retención de agua la artritis se vuelve gota**.

- **la bronquitis se convierte en neumonía.**
- **la hepatitis con el SÍNDROME causa hepatomegalia** (agrandamiento del hígado), que la persona podría no ser capaz de sobrevivir, particularmente con continuas recaídas conflictivas.

Por lo tanto, las fases de curación más dramáticas ocurren con el SÍNDROME, es decir, con la retención de agua concurrente.

Consecuencias del SÍNDROME a NIVEL CEREBRAL:

- el **edema cerebral** que se desarrolla en paralelo al órgano en curación (en **PCL-A**) **absorbe fluido adicional**. La hinchazón incluso podría diagnosticarse como un “tumor cerebral”.
- la hinchazón excesiva en el cerebro causa una presión cerebral extrema conduciendo potencialmente a un coma y a la muerte. Medida de emergencia: apertura del cráneo para liberar la presión.
- Con un gran edema cerebral, la **Crisis Epileptoide**, por ejemplo, un ataque cardíaco, puede ser tan severa que la persona no la sobreviva. **ATENCIÓN: ¡Las infusiones intravenosas incrementan el edema!**
- un gran edema cerca de un ventrículo (cavidad cerebral) puede causar una hidrocefalia interna.
- en el tronco cerebral, un gran edema puede presionar el **centro respiratorio**, lo que pone en peligro la vida.



La retención de agua por el SÍNDROME agranda considerablemente un edema cerebral, como se ve en esta TC cerebral en el centro de control de la mucosa bronquial (vinculado a un conflicto de miedo territorial).

MEDICACIÓN con el SÍNDROME

En general, **todos los medicamentos con efecto estimulante**, incluida la cortisona, los citostáticos y la morfina, exacerban los síntomas de la fase de conflicto activo. En caso de un conflicto de abandono o existencia que involucre a los túbulos colectores renales, estos, por tanto, **incrementan la retención de agua**. Como resultado, ¡Las hinchazones (edemas) que ocurren en la primera parte de la fase de curación (**PCL-A**) se vuelven mucho más grandes!

La **cortisona** estimula el sistema nervioso simpático. Es por eso que reduce los síntomas vagotónicos como inflamaciones e hinchazones (lo mismo se aplica a las cremas esteroides tópicas). Después de la interrupción del tratamiento, los síntomas de curación reaparecen rápidamente. Por tanto, administrado durante la fase de curación, el fármaco solo interrumpe el proceso de curación. Desde el punto de vista de la GNM, la cortisona solo se recomienda en el caso excepcional de un gran edema cerebral con el fin de reducir la presión cerebral antes del inicio de la Crisis Epileptoide. Sin embargo, según el Dr. Hamer, **con el SÍNDROME los corticosteroides están contraindicados** ya que incrementan la retención de agua resultando en hinchazones agrandadas, que pueden conducir a complicaciones potencialmente amenazadoras para la vida.

Los **citostáticos** son fármacos muy venenosos que inhiben el crecimiento celular. En la medicina convencional se emplean para “matar células cancerosas”. Con base en el conocimiento de las Cinco Leyes Biológicas y en el entendimiento de que la proliferación celular (“cáncer”) tiene un propósito biológico en la fase de conflicto activo y una función restauradora en la fase de curación, los **medicamentos de quimioterapia**, incluido el metotrexato, alteran gravemente la curso de un Programa Especial Biológico (“enfermedad”). Además de su toxicidad, los citostáticos tienen un efecto muy estimulante. Por lo tanto, con un conflicto de existencia activo, a menudo provocado por el diagnóstico de cáncer en sí, los tumores se agrandan drásticamente debido

al incremento de la retención de agua. Irónicamente, esto se interpreta entonces como un cáncer de “crecimiento rápido” y “agresivo”. La baja salida de orina (en este punto llamada “insuficiencia renal”) también evita que las toxinas se eliminen suficientemente. Además, los tratamientos de quimioterapia debilitan la elasticidad del tejido cerebral que se cura. Eventualmente, el tejido cerebral se rompe y causa la muerte. Los citostáticos suprimen la producción de células sanguíneas, lo cual es devastador en el tratamiento de la leucemia.

La **morfina** se conoce como analgésico narcótico. También activa la hormona ADH (hormona antidiurética) limitando la formación de orina. Junto con sus propiedades estimulantes, la droga incrementa la retención de agua y por lo tanto la hinchazón tanto a nivel orgánico como a nivel cerebral. Con el SÍNDROME, la morfina afecta al cerebro de la misma manera que los tratamientos de quimioterapia (citostáticos). Además, la morfina paraliza los intestinos con el resultado de que los alimentos ya no se pueden procesar; también adelgaza el tejido pulmonar haciéndolo propenso a romperse. Cuando el efecto de la droga desaparece, la persona cae en un estado de vagotonía profunda y potencialmente en coma. La morfina es un derivado del opio (ved también codeína), de ahí el efecto sedante. En la medicina actual se administra a los pacientes para que “pasen más fácilmente”.

GNM - PREVENCIÓN A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO

En la mayoría de los casos, el **SÍNDROME** es causado por un **choque de diagnóstico**, el **miedo asociado con la “enfermedad”** y la **hospitalización**. Por lo tanto, **la resolución del conflicto relacionado con los túbulos renales debe tener una prioridad absoluta**. La resolución del conflicto de existencia inicia la liberación instantánea del agua retenida (fase urinaria) con el efecto de que las hinchazones bajen rápidamente. ¡Esto puede salvarle la vida!

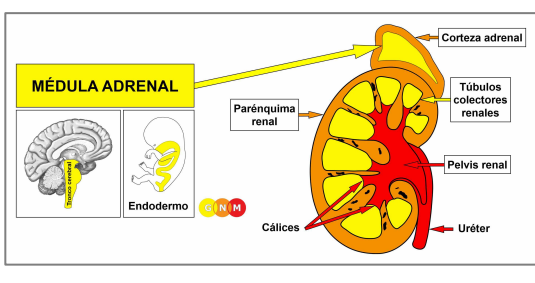
El apoyo y cuidado de familiares y amigos, la tranquilidad de ser cuidado en un entorno libre de miedos es de un valor terapéutico inmedible.

Si el conflicto no se puede resolver en ese momento, el Dr. Hamer recomienda **baños de sal con una concentración de sal del 0,9%** (1 kg de sal por 99 litros de agua) para abordar el conflicto de “pez fuera del agua” únicamente a nivel biológico. Al llevar el organismo “a casa” al mar, el cuerpo puede eliminar grandes cantidades de orina. Además, los baños de sal isotónica equilibran el contenido de sal del suero sanguíneo, que disminuye durante la fase de curación de los túbulos renales debido a la pérdida de proteínas.

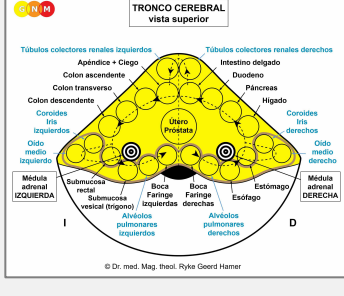
Los **diuréticos** (píldoras de agua) solo deben considerarse una medida de emergencia ya que sus propiedades simpaticotónicas en realidad incrementan la retención de agua al mismo tiempo que obligan a orinar; de ahí sus “efectos secundarios” en los riñones. Además, los diuréticos solo eliminan los electrolitos, pero no las sustancias úricas como la urea y la creatinina. Sin embargo, si se toman diuréticos junto con bicarbonato de sodio, los riñones excretarán sustancias úricas en cantidades suficientes. La razón de esto es que el **bicarbonato de sodio** incrementa la tasa de filtración glomerular (la velocidad a la que los riñones filtran la sangre). Esto significa que una mayor cantidad de filtrado glomerular ingresa a los túbulos colectores renales, lo que a su vez incrementa el volumen de orina.

Como documenta Homer W. Smith en *From Fish to Philosopher* [De pez a filósofo], el bicarbonato de sodio es una sal que estaba presente en abundancia en el océano primordial. Cuando la vida abandonaba el medio acuático, el bicarbonato de sodio se absorbía al torrente sanguíneo para estar preparado para vivir y sobrevivir en la tierra. En el organismo humano, el bicarbonato de sodio también juega un papel importante en el mantenimiento del equilibrio ácido-base.

NOTA: Con el SÍNDROME, la **ingesta de fluidos** debe mantenerse al mínimo para no incrementar la retención de agua con todos sus riesgos potenciales (comparad con la ingesta de fluidos en la fase de conflicto activo y en la fase de curación de los túbulos colectores renales).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA MÉDULA ADRENAL: Las glándulas adrenales son glándulas hormonales emparejadas asentadas encima de los riñones. La médula adrenal, en el centro de la glándula y rodeada por la corteza adrenal, está formada por las llamadas células cromafines, llamadas así por su característica tinción marrón con sales de ácido crómico. La médula adrenal produce hormonas (cualidad hormonal); predominantemente hormonas del estrés como la dopamina, noradrenalina y adrenalina (también conocidas como catecolaminas). La médula adrenal consta de epitelio cilíndrico intestinal, se origina del endodermo y, por lo tanto, se controla desde el tronco cerebral.



NIVEL CEREBRAL: En el **tronco cerebral**, la médula adrenal tiene dos centros de control, ubicados muy cerca de los relés cerebrales de los órganos del canal alimentario.

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

CONFLICTO BIOLÓGICO: insoportable e intenso estrés.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, las células adrenales proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es potenciar la producción de hormonas del estrés con el fin de mejorar el rendimiento durante el estrés agudo. Por lo tanto, **aumentan los niveles de dopamina, noradrenalina y adrenalina**. Los **síntomas** son la aparición de **latidos cardíacos rápidos, presión arterial elevada, sudoración excesiva y ansiedad** debido al intenso estado de estrés. **NOTA:** Estos parámetros se incrementan hasta cierto punto en la fase de conflicto activo de cualquier Programa Especial Biológico.

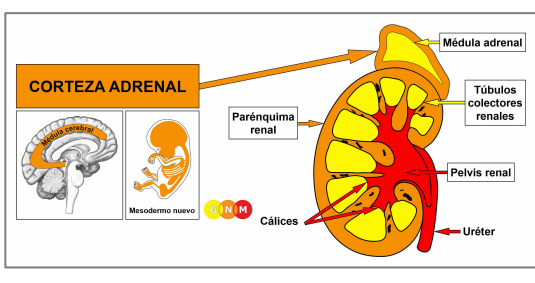
Con una actividad conflictiva prolongada, un crecimiento compacto en forma de coliflor (cualidad secretora), denominado **cáncer adrenal (feocromocitoma)**, se desarrolla en la médula adrenal (comparado con el “cáncer adrenal” relacionado con la corteza adrenal). Si la tasa de división celular excede un cierto límite, la medicina convencional considera el cáncer como “maligno”.

NOTA: Si el conflicto afecta la médula adrenal de las adrenales derecha o izquierda es aleatorio.

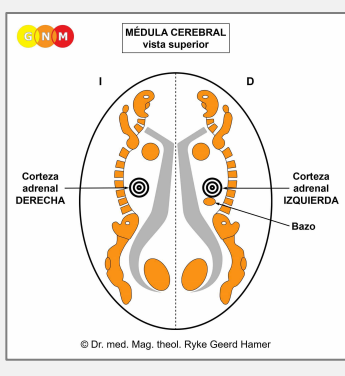
FASE DE CURACIÓN: Después de la resolución del conflicto (**CL**), los hongos o las micobacterias, como la bacteria de la tuberculosis (TB), eliminan las células que ya no son necesarias. Los **síntomas de curación** son **dolor**, causado por la **hinchazón y sudores nocturnos**. Con la compleción de la fase de curación, los niveles hormonales vuelven a la normalidad.

Un proceso de curación prolongado debido a las continuas recaídas conflictivas conduce a una **tuberculosis crónica en la médula adrenal**. Debido a la coloración marrón de las células cromafines, la condición se presenta en una TC orgánica como oscura; esto puede confundirse con hemorragia en las glándulas adrenales (apoplejía adrenal).

Si los microbios requeridos no están disponibles en el momento de la resolución del conflicto, porque fueron destruidos por el uso excesivo de antibióticos, las células adicionales permanecen. Con el tiempo, el crecimiento se encapsula dando como resultado una **sobreproducción permanente de hormonas del estrés** (ved también glándula tiroides, glándulas paratiroides, glándula páncreas, glándula prostática).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA CORTEZA ADRENAL: La corteza adrenal forma la capa externa de la glándula adrenal. Al igual que la médula adrenal, la corteza adrenal produce hormonas, principalmente hormonas del estrés como el cortisol y la aldosterona, además de andrógenos. La hormona adrenocorticotrópica (ACTH) regula los niveles de cortisol liberados por las glándulas adrenales. En términos evolutivos, la corteza adrenal se desarrolló a partir de tejido linfático, se origina por tanto del mesodermo nuevo y se controla desde la médula cerebral.



NIVEL CEREBRAL: En la **médula cerebral**, la corteza adrenal de la glándula adrenal derecha se controla desde el lado izquierdo del cerebro; la corteza adrenal de la glándula adrenal izquierda se controla desde el hemisferio cerebral derecho, precisamente donde las adrenales tienen su lugar como “nódulo linfático especial”. Existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (comparad con el parénquima renal).

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico vinculado a la corteza adrenal es **haber elegido el camino equivocado, haber sido “desviado del curso”, haber ido en la dirección equivocada, haber tomado la decisión equivocada o la elección equivocada.**

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **pérdida celular (necrosis) en la corteza adrenal** proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. El **propósito biológico de la pérdida de tejido** es disminuir la producción de hormonas del estrés para obligar al individuo a reducir la velocidad en el camino equivocado. El **síntoma** subsiguiente: **sentirse estresado-cansado** debido a los bajos niveles de cortisol y aldosterona. Esto se diferencia de cualquier otra fase de conflicto activo con un incremento de energía debido a la liberación de cortisol (respuesta de lucha o huida). La condición de producción insuficiente de hormonas esteroideas se denomina **hipoadrenalismo o enfermedad de Addison.**

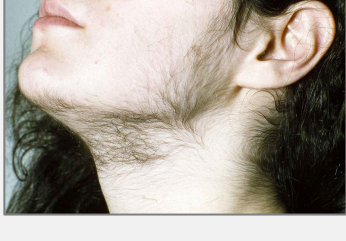
NOTA: Si la corteza adrenal de la glándula adrenal derecha o izquierda está afectada depende de la lateralidad de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.

FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación se desarrolla un **QUISTE ADRENAL** en el sitio de la necrosis. En **PCL-A** las células adrenales se multiplican dentro del quiste para rellenar la pérdida de tejido que se produjo en la fase de conflicto activo. Encontrado en este punto, el quiste se diagnostica como un **“cáncer adrenal”** (comparad con el cáncer adrenal relacionado con la médula adrenal). 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.

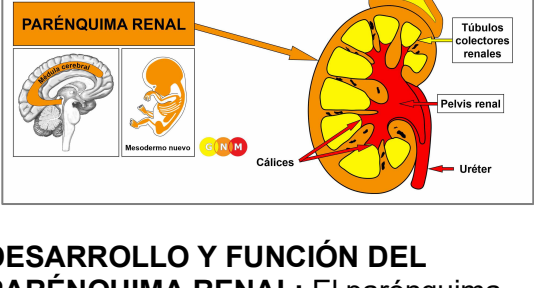
Dentro de nueve meses, provisto que no haya recaídas conflictivas, el quiste se endurece y se convierte en una parte integral de la función productora de hormonas de las glándulas adrenales (ved también quiste renal, quiste ovárico y quiste testicular). El incremento de la producción de hormonas del estrés tiene el **propósito biológico de asistir el organismo a mantenerse en el camino correcto.**

NOTA: Todos **los órganos que derivan del mesodermo nuevo** (“grupo excedente”), incluida la corteza adrenal, 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.

Si la fase de conflicto activo fue intensa, dicho quiste adrenal puede volverse bastante grande, lo que resulta en un exceso producción de hormonas adrenales (**hiperadrenalismo**), denominado **síndrome de Conn** (con sobreproducción de aldosterona) o **síndrome de Cushing** (con sobreproducción de cortisol). Los síntomas de la enfermedad de Cushing son una cara redonda (o “cara de luna”) y ganancia de peso, especialmente en el tronco, el cuello y la parte superior de la espalda. La cara hinchada y la ganancia de peso son causadas por la retención de agua si la persona está al mismo tiempo en un conflicto activo de abandono o existencia (el SÍNDROME). La retención de agua también se incrementa debido a la sobreproducción de cortisol (una hormona del estrés). **NOTA:** Los síntomas de Cushing son “efectos secundarios” de los corticosteroides. Por lo tanto, el llamado “Síndrome de Cushing iatrogénico” es bastante común debido al uso generalizado de estos medicamentos.

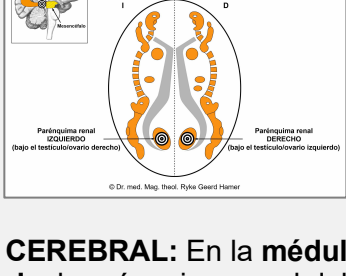


Las glándulas adrenales también producen andrógenos, una hormona responsable del crecimiento del cabello en lugares como la cara y el pecho. Por lo tanto, las mujeres con Cushing suelen tener más vello facial y corporal. Un quiste adrenal grande puede causar un crecimiento excesivo de cabello como resultado del incremento de la producción de andrógenos. Esta condición se llama **hirsutismo**.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL PARÉNQUIMA RENAL: El parénquima renal forma la mayor parte del riñón. Compuesto por millones de nefronas, su función principal es filtrar la sangre y producir orina. Cada nefrona consta de un glomérulo, que es una red capilar rodeada por una membrana llamada cápsula de Bowman. Es la presión arterial dentro de los vasos sanguíneos pequeños y **la cápsula de Bowman** la que regula la formación de orina (después de que la vida se mudó a la tierra, la producción de orina ya no estaba regulada a través del intestino sino a través de la circulación sanguínea y los riñones). A medida que la sangre atraviesa los glomérulos, el agua y los desechos metabólicos se filtran a través de las paredes capilares. Sin embargo, la mayoría del filtrado es reabsorbido por los túbulos colectores renales y devuelto a la sangre, dejando alrededor de 1,5 a 2 litros de orina para su eliminación. La velocidad a la que los riñones filtran la sangre se denomina tasa de filtración glomerular (TFG). El parénquima renal se origina del mesodermo nuevo y, por tanto, se controla desde la médula cerebral.

NOTA: Originalmente, los riñones eran un solo órgano que luego se dividió en dos riñones. Si los riñones no se separan completamente durante el desarrollo fetal, esto presenta un llamado “**riñón en herradura**”, con los dos riñones aún fusionados en forma de U en la base inferior.



NIVEL CEREBRAL: En la **médula cerebral**, el parénquima renal del riñón derecho se controla desde el lado derecho del cerebro; el parénquima renal del riñón izquierdo se controla desde el hemisferio cerebral izquierdo.

NOTA: Los centros de control están ubicados en el área de transición entre el mesencéfalo, ubicado en la parte más externa del tronco cerebral, y la médula cerebral. Por tanto, no existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

CONFLICTO BIOLÓGICO: Los túbulos colectores renales, que se desarrollaron en un momento en que la vida solo existía en el océano, se relacionan con el conflicto

biológico de la *privación* de agua (pez fuera del agua). En contraste, el parénquima renal se asocia con *demasiada agua*, porque con vivir en la tierra el agua misma se había convertido en un peligro por inundaciones y ahogamientos. El conflicto ligado al parénquima renal es, por tanto, un **conflicto de agua o fluido**.

Un conflicto de agua se puede experimentar con cualquier accidente en o sobre el agua. Sin embargo, una tubería de agua rota, fugas de agua, [una casa inundada](#) o problemas relacionados con el alcantarillado también desencadenan conflictos de agua. Un recordatorio constante de [daños por agua](#) no reparados puede mantener activo un conflicto de agua. Las fuertes lluvias, las tormentas eléctricas, el granizo, las tormentas de nieve o [las tormentas de hielo](#) causan conflictos de agua relacionados con el clima. Si la lluvia, incluido el pronóstico de lluvia, se convierte en un raíl, esto da como resultado síntomas recurrentes o incluso permanentes de conflicto activo.



... las inundaciones pueden afectar a la población de grandes regiones.

Los conflictos de fluidos se refieren a angustias que involucran líquidos, por ejemplo, sustancias químicas nocivas, infusiones o inyecciones (medicamentos, citostáticos, drogas ilícitas, vacunas), petróleo (desastres petroleros), gasolina (quedarse sin gasolina, aumento de los precios de la gasolina), alcohol (incluida la abstinencia alcohólica), productos químicos en alimentos líquidos o productos de limpieza asociados con “alergias” o que se cree que son carcinógenos. El conflicto también se relaciona con fluidos corporales como orina (incontinencia), semen (abuso sexual, prácticas sexuales no deseadas), líquido amniótico (romper aguas durante el embarazo) o flujo de fluido (flujo vaginal). [Para alguien que no esté familiarizado con la GNM](#), la retención de agua (ved túbulos colectores renales) puede activar un conflicto de agua. **NOTA:** La sangre se correlaciona biológicamente con un conflicto de sangrado que afecta al bazo.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: [pérdida celular \(necrosis\)](#) en uno o, con múltiples conflictos, en varios lugares de los riñones. Durante la actividad conflictiva, la presión arterial sube causando **hipertensión**. El **propósito biológico de la presión arterial elevada** es compensar la pérdida de tejido glomerular, que permite al riñón realizar su función pese el número reducido de células productoras de orina (comparad con hipertensión relacionada con el miocardio derecho; ver también médula adrenal).

El nivel de presión arterial está determinado por la extensión de la pérdida de tejido. Por lo tanto, con un conflicto intenso, la presión arterial puede incrementarse considerablemente (ved también hipertensión durante la Crisis Epileptoide). Sin embargo, la **hipertensión nunca es motivo de pánico** porque la presión arterial elevada no causa un ataque cardíaco ni un derrame cerebral, como afirma la medicina convencional, sino que es más bien un programa de respaldo biológico para mantener la función del órgano. Los medicamentos para bajar la presión arterial (inhibidores de la ECA) solo interfieren con esta respuesta natural. Un uso excesivo de drogas antihipertensivas es por lo tanto muy duro para los riñones e incluso pueden causar fallo renal.

Dado que los niveles de sustancias úricas dependen de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG), los **valores de ácido úrico, urea y creatinina se incrementan** durante la fase de conflicto activo (comparad con niveles elevados de ácido úrico, urea y creatinina relacionados con los túbulos colectores renales).



Este escáner cerebral muestra un Foco de Hamer en la médula cerebral, precisamente, en el área que controla el parénquima renal izquierdo ([ved el diagrama de la GNM](#)). El nítido borde de la estructura anular indica que la persona está en conflicto activo con breves fases de curación en el medio (parte edematosa).

NOTA: Si un conflicto de agua o fluido afecta el parénquima renal derecho o izquierdo es aleatorio.



Una pérdida progresiva de células renales parenquimatosas causa un **riñón cirrótico** (ved el riñón izquierdo en esta imagen) con la incapacidad de producir cantidades suficientes de orina (comparad con el riñón cirrótico relacionado con los túbulos colectores renales con una eliminación insuficiente de orina). Sin una resolución del conflicto, esto conduce eventualmente a la llamada “**insuficiencia renal glomerular**” (comparad con la “insuficiencia renal tubulosa”) y el **fallo renal**. Cuando ambos riñones están afectados, la diálisis es inevitable.

Si el riñón afectado está extirpado quirúrgicamente, la presión arterial vuelve a la normalidad. Sin embargo, en el caso de un conflicto de agua nuevo o reactivado, el DHS se registrará en el relé cerebral del otro riñón haciendo que la presión arterial vuelva a subir.

FASE DE CURACIÓN: Después de la resolución del conflicto ([CL](#)), la pérdida de tejido se repone con nuevas células, idealmente asistidas por bacterias. **Los síntomas de curación** son **dolor** debido a la hinchazón del riñón y potencialmente **sangre en la orina** (ved también trígono vesical, mucosa vesical y próstata). Durante la fase de curación, la presión arterial y los niveles de sustancias úricas vuelven a la normalidad. Sin embargo, con cada recaída conflictiva, la presión arterial se incrementa temporalmente, causando una “**hipertensión inestable**” (“hipertensión crónica” indica una actividad conflictiva prolongada). La presión arterial también aumenta brevemente y potencialmente de manera significativa durante el período de la Crisis Epileptoide.

Si la curación involucra a los glomérulos, entonces la condición se llama **glomerulonefritis** (comparad con la nefritis relacionada con los túbulos colectores renales). Con fases de curación recurrentes, se forma tejido cicatricial en la unidad de filtrado del riñón (en [PCL-B](#)). Esto se denomina **glomeruloesclerosis focal y segmentaria** (GEFS).

Una característica especial concerniendo la curación del parénquima renal es la formación de un **QUISTE RENAL**. Provisto que no haya recaídas conflictivas que interrumpan la curación, este proceso tarda nueve meses en completarse (ved también quiste adrenal, quiste ovárico y quiste testicular). El desarrollo del quiste ocurre en varios pasos.

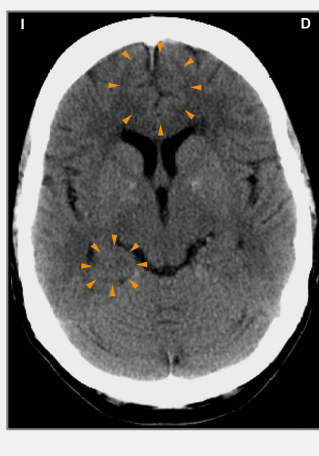
Inicialmente, durante la [PCL-A](#), se forma una cápsula llena de líquido o un quiste en el sitio de la necrosis. El quiste sobresale hacia afuera o crece hacia adentro. Su tamaño está determinado por la intensidad y duración de la fase de conflicto activo precedente. Con la retención de agua concurrente (el SÍNDROME) como resultado de un conflicto activo de abandono o existencia, el quiste en el parénquima renal puede volverse bastante grande ya que el agua retenida se almacena excesivamente en el área en curación. Los quistes grandes pueden causar un dolor considerable. Lo que se denomina “**enfermedad renal poliquística**” apunta a múltiples conflictos de agua o fluido que dan como resultado muchos quistes (la teoría de que la condición es un “trastorno genético” es puramente hipotética).

Para restaurar la pérdida celular que ocurrió durante la fase de conflicto activo, las células renales restantes se multiplican dentro del quiste. Durante esta fase, el quiste se adhiere al tejido vecino para el suministro de sangre. La adhesión a los tejidos adyacentes también estabiliza el quiste. Detectado en esta etapa, el “crecimiento” se diagnostica, en términos de la medicina convencional, como un **cáncer de riñón “invasivo o infiltrante”** y se interpreta como una “metástasis” (comparad con el cáncer de riñón relacionado con los túbulos colectores

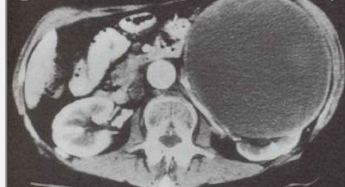
renales). En base a Las Cinco Leyes Biológicas, las nuevas células no pueden considerarse “células cancerosas”, ya que el incremento celular es, en realidad, un proceso de reposición.

Después de la Crisis Epileptoide, en **PCL-B**, el quiste ha perdido la mayor parte de su fluido. En este punto, el “cáncer” se diagnostica como un **tumor de Wilms o nefroblastoma. ¡SIN PÁNICO!** Porque dentro de nueve meses (sin recaídas conflictivas), el quiste que había comenzado como una cápsula llena de fluido se endurece, se libera del tejido vecino y, dotado de vasos sanguíneos, se convierte en una parte integral del riñón que **participa, como un tercer riñón, en todas las funciones del órgano.**

NOTA: Todos **los órganos que derivan del mesodermo nuevo** (“grupo excedente”), incluido el parénquima renal, 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.



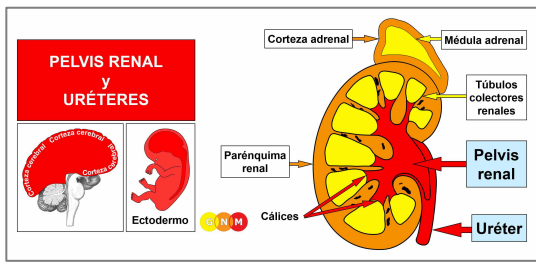
En esta TC cerebral vemos un Foco de Hamer en el área del cerebro que controla el parénquima del riñón izquierdo (flechas naranjas inferiores – [ved el diagrama de la GNM](#)) correspondiente a un quiste renal en el riñón izquierdo. Por tanto, se ha resuelto el conflicto de agua o fluido. Las flechas superiores señalan un Foco de Hamer en el relé cerebral de la dentina del diente relacionado con un conflicto de morder, actualmente en fase de resolución.



Con la retención de agua debido al SÍNDROME, un quiste renal puede volverse muy grande, como se muestra en esta TC orgánica.

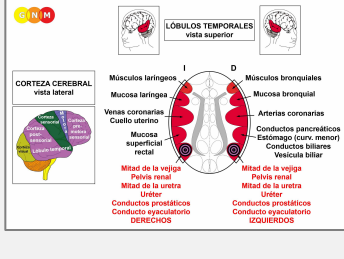
Si la presión en un quiste líquido o semilíquido se vuelve demasiado fuerte, el quiste podría estallar. Un golpe en el riñón, una punción exploratoria o una cirugía prematura pueden causar la ruptura. Cuando el quiste se rompe, el líquido llega al retroperitoneo y al área abdominal y las células renales liberadas se adhieren a la pared abdominal o a un órgano abdominal como el estómago, el duodeno, el colon, el hígado o el páncreas. En este caso, la compleción del desarrollo del quiste ocurre fuera del riñón. Encontrados en estas áreas, estos quistes a menudo se diagnostican erróneamente como “bolsas de nódulos linfáticos” o como “liposarcomas” que se cree que surgen de las células grasas o del tejido blando (“leiomiomas”). En la medicina convencional, los crecimientos se consideran “malignos”.

Según el Dr. Hamer, la extirpación de un quiste renal solo debe realizarse cuando el quiste está completamente maduro (indurado). La cirugía en un quiste semilíquido disemina las células parenquimatosas hacia el área circundante con complicaciones innecesarias (ved quistes ováricos y endometriosis). Con la retención de agua concurrente provocada por un conflicto de existencia, usualmente evocado por el diagnóstico de cáncer de riñón o el miedo a la hospitalización, el quiste se endurece solo parcialmente. La resolución del conflicto relacionado con los túbulos renales debe, por tanto, tener prioridad.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA PELVIS RENAL Y LOS URÉTERES: La pelvis renal y los uréteres representan el tracto urinario superior. La pelvis renal recibe la orina de los túbulos colectores renales a través de sus cálices en forma de copa. Desde allí, la orina fluye hacia los uréteres y luego hacia la vejiga y la uretra (tracto urinario inferior) para su eliminación. La pared interna de la pelvis renal y los uréteres está dotada de músculos lisos y estriados. Como los músculos intestinales que mueven el “bocado de comida” a lo largo del canal intestinal a través del movimiento peristáltico, los músculos lisos de la pelvis renal y los uréteres facilitan el flujo del “bocado de orina”. El revestimiento de la pelvis renal, incluidos los cálices renales y los uréteres, consta de epitelio escamoso, se origina del ectodermo y, por lo tanto, se controla desde la corteza cerebral.

NOTA: Originalmente, los riñones eran un solo órgano, que luego se dividió en dos riñones. Es por eso que la pelvis renal y los uréteres tienen dos centros de control cerebral, uno en cada hemisferio cerebral.



NIVEL CEREBRAL: El revestimiento epitelial de la pelvis renal y los uréteres se controla desde los **lóbulos temporales** (parte de la **corteza post-sensorial**). La pelvis renal del riñón izquierdo y el uréter izquierdo se controlan desde el lóbulo temporal derecho; la pelvis renal del riñón derecho y el uréter derecho se controlan desde el hemisferio cortical izquierdo (junto al centro de control de la mucosa superficial rectal). Por tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: La pelvis renal y los uréteres, así como la vejiga y la uretra, comparten los mismos centros de control. Si el conflicto afecta la pelvis renal, uréter(es), vejiga o uretra es aleatorio. Los conductos prostáticos y los conductos eyaculatorios también se controlan desde los mismos relés cerebrales.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a la pelvis renal y los uréteres es un **conflicto de demarcación territorial** masculino o un **conflicto de demarcación** femenino (ved también vejiga y uretra) dependiendo del sexo, lateralidad y estado hormonal de una persona (ved también Constelación de Demarcación). Un conflicto de demarcación territorial masculino se refiere a una invasión inesperada de los límites exteriores (los machos mamíferos marcan el límite exterior del territorio con orina subiéndolo sus piernas) mientras que un conflicto de demarcación femenino se relaciona con una ruptura de los límites interiores (las hembras mamíferas marcan el límite interior de su lugar en cuclillas). El conflicto de demarcación femenino es similar a un conflicto de identidad, que involucra la superficie mucosa del recto. Es por eso que el relé cerebral de la pelvis renal, los uréteres, la vejiga y la uretra se encuentra junto al relé del recto (en el lóbulo temporal izquierdo).

Género, Lateralidad, Estado Hormonal	Conflicto Biológico	Órgano Afectado
Hombre diestro (EHN)	Conflicto de demarcación territorial	Pelvis renal izquierda, uréter
Hombre zurdo (EHN)	Conflicto de demarcación territorial	Pelvis renal derecha, uréter*
Hombre diestro (EBT)	Conflicto de demarcación	Pelvis renal derecha, uréter
Hombre zurdo (EBT)	Conflicto de demarcación	Pelvis renal izquierda, uréter*
Mujer diestra (EHN)	Conflicto de demarcación	Pelvis renal derecha, uréter
Mujer zurda (EHN)	Conflicto de demarcación	Pelvis renal izquierda, uréter*
Mujer diestra (EBE)	Conflicto de demarcación territorial	Pelvis renal izquierda, uréter
Mujer zurda (EBE)	Conflicto de demarcación territorial	Pelvis renal derecha, uréter*

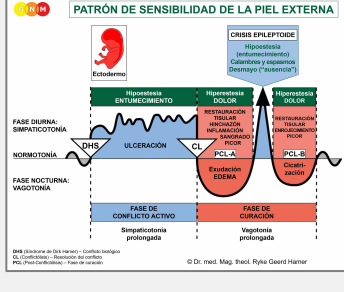
EHN = Estado hormonal normal EBT = Estado bajo de testosterona EBE = Estado bajo de estrógenos

***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 de demarcación territorial** se refiere a una intrusión en el lugar de uno (hogar, propiedad), incluido el territorio extendido (vecindario, aldea, ciudad, país). Los conflictos de demarcación relacionados con el trabajo se provocan,

por ejemplo, a través de peleas por una posición o cuando un competidor se traslada al terreno profesional. Los conflictos de demarcación relacionados con las relaciones conciernen a los miembros del dominio (cónyuge, hijos, padres, parientes, compañeros de habitación, compañeros de clase, amigos, visitantes, vecinos, colegas, maestros, supervisores) que están “cruzando la línea” o entrometiéndose en sus asuntos. Sentirse controlado por un cónyuge, pareja o padre puede evocar un conflicto de demarcación. Una invasión de la esfera privada de uno también incluye la falta de respeto por las pertenencias. Un hombre puede sufrir un conflicto de demarcación territorial, cuando otro hombre está interesado en su mujer o cuando su esposa o novia se acuesta con otra persona. El sexo no deseado o el abuso sexual pueden percibirse como una invasión del espacio íntimo. Un asalto contra las propias creencias, comentarios racistas o acoso de cualquier tipo podría provocar un conflicto de demarcación. Los niños experimentan el conflicto en la escuela, el jardín de infancia, la guardería o en el patio de recreo, también cuando nace un nuevo hermano, cuando tienen que compartir la habitación con un miembro de la familia o cuando se pelean por un juguete. Las mascotas sufren conflictos de demarcación cuando otros animales (o humanos) ocupan su territorio o cuando son reubicados.



El Programa Especial Biológico de la **pelvis renal y uréteres** sigue el **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LA PIEL EXTERNA** con hiposensibilidad durante la fase de conflicto activo y la Crisis Epileptoide e hipersensibilidad en la fase de curación.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

ulceración en el revestimiento de la pelvis renal, cálices renales y/o uréter(es) proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. El propósito biológico de la pérdida celular es agrandar el volumen de la pelvis renal y ensanchar el(los) uréter(es) para mejorar el flujo de orina con el fin de poder marcar mejor el territorio.



Esta imagen (IRM) muestra el impacto de un conflicto de demarcación en el área de la corteza cerebral que controla la pelvis renal y los uréteres, así como la vejiga y la uretra (**ved el diagrama de la GNM**). El borde nítido del Foco de Hamer indica que el conflicto aún está activo. La parte del sistema urinario que se ve afectada solo se revelará cuando comience la curación. En cualquier caso, con el conocimiento de la GNM, la persona estará preparada para los síntomas de curación.

FASE DE CURACIÓN: Durante la primera parte de la fase de curación (**PCL-A**) la pérdida de tejido se repone a través de la **proliferación celular** con **hinchazón** debido al edema (acumulación de fluido) en el área de curación. ¡Una gran hinchazón puede obstruir el uréter afectado! Una inflamación en la pelvis renal se llama **pielitis**. La Crisis Epileptoide se manifiesta como un **dolor agudo** con **calambres o espasmos (cólico ureteral, cólico renal)** si los músculos estriados circundantes de la pelvis renal y/o los uréteres sufren la Crisis Epileptoide al mismo tiempo (ved también cólico renal relacionado con los túbulos colectores renales).

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

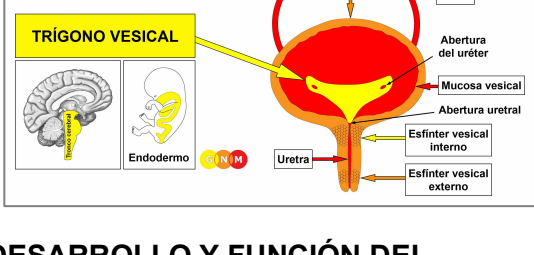
hipoglucemia relacionada con las células de los islotes del páncreas).

Una “**infección bacteriana**” en la **pelvis renal o los uréteres** indica que el proceso de reparación y curación (**PCL-B**) es asistido por bacterias. Este suele ser el caso cuando la ulceración que ocurrió en la fase de conflicto activo penetra profundamente en el tejido renal o ureteral (ved también “infección renal” relacionada con los túbulos colectores renales). Las “infecciones” recurrentes apuntan a recaídas conflictivas desencadenadas por establecerse en raíles que se establecieron cuando tuvo lugar el conflicto de demarcación original.

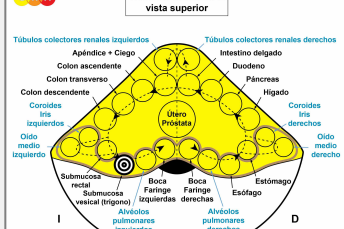


Una oclusión de los **cálices renales** causada por una fase de curación prolongada conduce a la formación de **cálculos renales**. En un momento, típicamente durante la Crisis Epileptoide, los cálculos se empujan a través del cuello del cáliz hacia la pelvis renal y más allá de la vejiga. Este proceso causa dolor agudo, principalmente debido a los espasmos y calambres (cólico renal) en la pared interna de la pelvis renal.

Los cálculos renales en la pelvis renal son **cálculos de ácido úrico** de color verde o amarillento (comparad con los cálculos de oxalato de calcio blancos u oscuros en los túbulos colectores renales). Los uratos, como resultado de los conflictos de demarcación territorial, son muy comunes en perros y gatos.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL TRÍGONO VESICAL: El trígono vesical es el área triangular entre las aberturas de los uréteres y la uretra. Cuando el músculo vesical se contrae, el trígono canaliza la orina que se almacena temporalmente en la vejiga hacia la uretra. Al igual que las células intestinales que digieren y absorben los alimentos, la función biológica del trígono vesical es “digerir” (cualidad secretora) proteínas y “absorber” (cualidad absorbente) orina (similar a los túbulos colectores renales). La submucosa del trígono vesical consta de epitelio cilíndrico intestinal, se origina del endodermo y, por tanto, se controla desde el tronco cerebral.



NIVEL CEREBRAL: El trígono vesical se controla desde el lado izquierdo del **tronco cerebral**, junto al centro de control de la submucosa rectal.

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

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado al trígono vesical es un **conflicto de bocado feo y “sucio”** (negocios sucios, trucos sucios, sexo sucio, etc.) similar a un “conflicto de mierda” relacionado con el colon sigmoide y la submucosa rectal.

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

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, las células del trígono vesical proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es mejorar la capacidad de “digerir” o “absorber” el “bocado sucio”. Con una actividad conflictiva prolongada, se forma un crecimiento plano (tipo absorbente) o en

forma de coliflor (tipo secretor) en el trigono. En la medicina convencional, esto se diagnostica como un **cáncer de vejiga** (comparad con el “cáncer de vejiga” relacionado con la mucosa vesical). Si la tasa de división celular excede un cierto límite, entonces el cáncer se considera “maligno”; por debajo de ese límite, el crecimiento se considera “benigno” o se diagnostica como un **pólipo de vejiga** (ved también fase de curación).

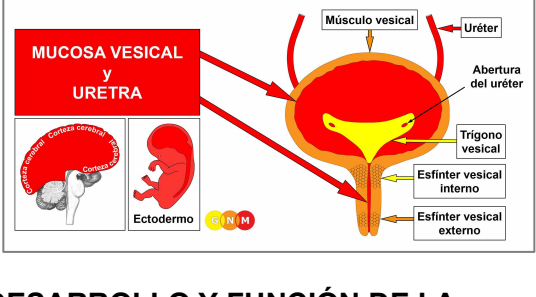
FASE DE CURACIÓN: Después de la resolución del conflicto (CL), los hongos o las micobacterias, como la bacteria de la tuberculosis (TB), eliminan las células que ya no son necesarias. Esto causa una **cistitis tuberculosa purulenta, una “infección bacteriana de la vejiga”**.

NOTA: Se ha encontrado que las **bacterias *Escherichia coli* (*E. coli*)** también colonizan la vejiga (consulte infecciones por *E. coli* en los intestinos). Por lo tanto, si *E. coli* participa en el proceso de curación, la “infección vesical” se origina a partir de un “conflicto de bocado sucio”, mientras que “infecciones vesicales” en la mucosa vesical y el músculo vesical están vinculadas a un conflicto de demarcación.

Los **síntomas de curación** son **dolor** debido a la hinchazón, **orina turbia**, potencialmente **sangre en la orina** (ved también parénquima renal, mucosa vesical y próstata) y **sudores nocturnos**. Dependiendo del grado de la fase de conflicto activo, los síntomas varían de leves a severos.

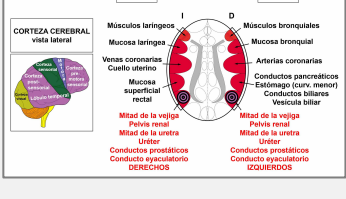
Cuando los hongos participan en el proceso de curación, esto causa la **“cistitis por cándida”**, que se vuelve crónica cuando una persona está en una curación pendiente debido a recaídas conflictivas. Contrariamente a las afirmaciones de la medicina convencional, la “infección” por hongos en el endodérmico(!) trigono vesical no puede “extenderse” a otras áreas del tracto urinario, como los uréteres, la vejiga o la uretra (que se originan en el ectodermo) porque los hongos **¡No cruzan el umbral de la capa germinal!**

Si los microbios requeridos no están disponibles en el momento de la resolución del conflicto, porque fueron destruidos por el uso excesivo de antibióticos, las células adicionales permanecen. Eventualmente, el crecimiento se encapsula con tejido conectivo. Esto usualmente se diagnostica como un **pólipo de vejiga** o como un “cáncer benigno” (ved también fase de conflicto activo).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA MUCOSA VESICAL Y URETRA: La vejiga y la uretra forman el tracto urinario inferior. En las mujeres, la vejiga se encuentra frente al útero; la uretra se coloca cerca de la pared frontal de la vagina. En los hombres, la uretra se extiende hasta el final del pene y transporta la orina y el semen durante la eyaculación; en el cuello de la vejiga, la uretra está rodeada por la próstata. La vejiga es un órgano muscular hueco donde se almacena temporalmente la orina recibida de la pelvis renal y los uréteres. La orina sale de la vejiga a través de la uretra. La pared interna de la uretra está dotada de músculos lisos y estriados. Como los músculos intestinales que mueven el “bocado de comida” a lo largo del canal intestinal a través del movimiento peristáltico, los músculos lisos de la uretra facilitan el flujo y la eliminación del “bocado de orina”. El revestimiento de la vejiga y la uretra consta de epitelio escamoso, se origina del ectodermo y, por lo tanto, se controla desde la corteza cerebral.

NOTA: Originalmente, el sistema urinario constaba de dos vejigas. Con el tiempo, las dos vejigas crecieron juntas formando un solo órgano (a la inversa, los riñones fueron al principio un órgano, que luego se dividió en dos riñones). Es por eso que la vejiga y la uretra tienen dos centros de control cerebral, uno en cada hemisferio cerebral.



NIVEL CEREBRAL: El revestimiento epitelial de la vejiga y la uretra se controla desde el **lóbulo temporal** (parte de **corteza post-sensorial**). La mitad izquierda de la vejiga y la mitad izquierda de la uretra se controlan desde el lóbulo temporal derecho; la mitad derecha de la vejiga y la mitad derecha de la uretra se controlan desde el hemisferio cortical izquierdo (junto al centro de control de la mucosa superficial rectal). Por tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: La vejiga y la uretra, así como la pelvis renal y los uréteres comparten los mismos centros de control. Si el conflicto afecta la pelvis renal, uréter(es), vejiga o uretra es aleatorio. Los conductos prostáticos y los conductos eyaculatorios también se controlan desde los mismos relés cerebrales.

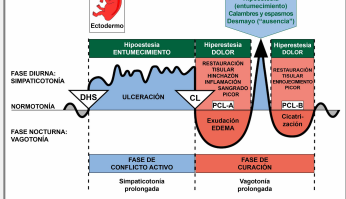
CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a la mucosa vesical y la uretra es un **conflicto de demarcación territorial** masculino o un **conflicto de demarcación** femenino (ved pelvis renal y uréteres), dependiendo del género, lateralidad y estado hormonal de una persona (ved también Constelación de Demarcación).

Género, Lateralidad, Estado Hormonal	Conflicto Biológico	Órgano Afectado
Hombre diestro (EHN)	Conflicto de demarcación territorial	Mitad izquierda de la vejiga, uretra
Hombre zurdo (EHN)	Conflicto de demarcación territorial	Mitad derecha de la vejiga, uretra*
Hombre diestro (EBT)	Conflicto de demarcación	Mitad derecha de la vejiga, uretra
Hombre zurdo (EBT)	Conflicto de demarcación	Mitad izquierda de la vejiga, uretra*
Mujer diestra (EHN)	Conflicto de demarcación	Mitad izquierda de la vejiga, uretra
Mujer zurda (EHN)	Conflicto de demarcación	Mitad derecha de la vejiga, uretra*
Mujer diestra (EBE)	Conflicto de demarcación territorial	Mitad derecha de la vejiga, uretra
Mujer zurda (EBE)	Conflicto de demarcación territorial	Mitad izquierda de la vejiga, uretra*

EHN = Estado hormonal normal EBT = Estado bajo de testosterona EBE = Estado bajo de estrógenos

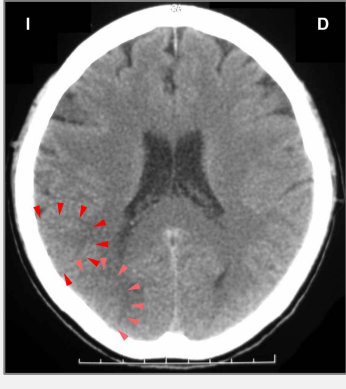
***Con los zurdos el conflicto se transfiere al otro hemisferio cerebral**

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**.



El Programa Especial Biológico de la **mucosa vesical y uretral** sigue el **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LA PIEL EXTERNA** con hiposensibilidad durante la fase de conflicto activo y la Crisis Epileptoide e hipersensibilidad en la fase de curación.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **ulceración en la mucosa vesical y/o en el revestimiento de la uretra** proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. El **propósito biológico de la pérdida celular** es agrandar el volumen de la vejiga y ensanchar la uretra para mejorar el flujo de orina con el fin de poder marcar mejor el territorio.



Esta TC muestra dos Focos de Hamer en el lóbulo temporal izquierdo; uno en el relé cerebral para la mucosa vesical (flechas rojas inferiores – **ved el diagrama de la GNM**), el otro en la mucosa superficial rectal (flechas rojas superiores). Los nítidos bordes revelan que la persona está en conflicto activo con un conflicto de demarcación (no poder establecer los propios límites) y un conflicto de identidad (“¿a dónde pertenezco?”).

FASE DE CURACIÓN: Durante la primera parte de la fase de curación (**PCL-A**) la pérdida de tejido se repone a través de la **proliferación celular** con **hinchazón** debido al edema (acumulación de fluido) en el área en curación. En la medicina convencional, esto podría diagnosticarse como un “**cáncer de vejiga**” o **carcinoma urotelial**, también llamado **carcinoma celular de transición** (comparad con el cáncer de vejiga relacionado con el triángulo vesical). 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. Un pequeño

crecimiento similar a una verruga en el revestimiento del tracto urinario, que incluye la pelvis renal y los uréteres, se denomina “**papiloma urotelial**” y generalmente se considera “benigno”.

Los síntomas de curación son **necesidad urgente y frecuente de orinar con ardor al hacerlo y eliminación de solo pequeñas cantidades de orina**; potencialmente hay **sangre en la orina** (ved también parénquima renal, trigono vesical y próstata). También es típica la **sensación de necesidad constante de orinar y de vaciado incompleto de la vejiga** después de orinar, una condición denominada **tenesmo vesical** (comparad con el tenesmo rectal). Con la retención de agua debido al SÍNDROME, la hinchazón agrandada puede bloquear el flujo de orina en la uretra. ¡Esta es una situación médica aguda! En este caso, el Dr. Hamer recomienda un catéter vesical temporal (ved también obstrucción del tracto urinario en hombres causada por agrandamiento de la próstata o un tumor de próstata).

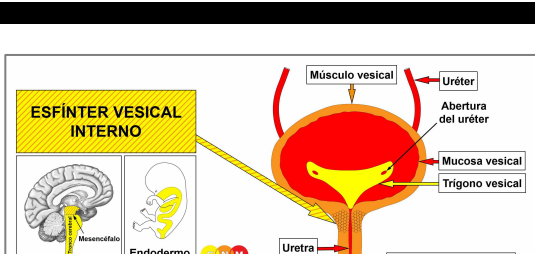
La Crisis Epileptoide se manifiesta como un **dolor agudo** con **calambres o espasmos** si los músculos estriados circundantes de la pared interna de la uretra sufren la Crisis Epileptoide al mismo tiempo.

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).

Una **infección del tracto urinario en la uretra (uretritis) o una infección de la vejiga (cistitis)** indica que el proceso de reparación y cicatrización ([PCL-B](#)) es asistido por bacterias (ved también *UTI*, infección del tracto urinario, relacionada con los uréteres e “infecciones vesicales” relacionadas con el trigono vesical y el músculo vesical). Este suele ser el caso cuando la ulceración que se produjo en la fase de conflicto activo penetra profundamente en el tejido uretral y vesical. Las “infecciones vesicales” recurrentes apuntan a recaídas conflictivas desencadenadas por el establecimiento en un raíl que se estableció cuando tuvo lugar el conflicto de demarcación original.

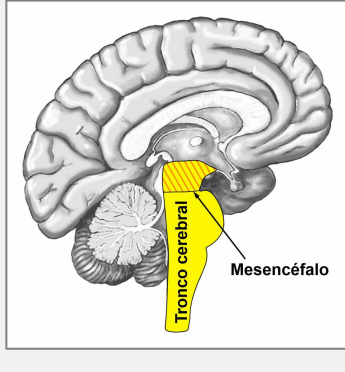
La gonorrea uretral es una inflamación de la membrana mucosa uretral con **secreción** debida a la actividad de bacterias (*Neisseria gonorrhoeae*) durante el proceso de curación. Si la bacteria *Chlamydia trachomatis* está involucrada, esto causa la llamada “**infección por clamidia**”; la bacteria de la clamidia también está involucrada en la uretritis (la clamidia en la boca se relaciona con un conflicto oral; en el recto o ano con un conflicto de identidad). Contrariamente a las creencias habituales, la gonorrea o la clamidia no se pueden transmitir sexualmente ya que los síntomas ya son síntomas de curación, explícitamente, de un conflicto de demarcación (territorial) con respecto al espacio sexual (ved también conflicto de separación sexual y herpes genital). Si los síntomas son menos severos, la condición se puede diagnosticar como uretritis o cistitis. Lo que eufemísticamente se denomina “cistitis de luna de miel” es causada por relaciones sexuales frecuentes y prolongadas. **NOTA:** En los hombres, la uretra también se usa para la eyaculación. Por lo tanto, el Programa Especial Biológico de la uretra corresponde también a un **conflicto de eyaculación** (ved también conductos eyaculatorios) como en “no poder, no tener permitido o no querer eyacular”, por ejemplo, la eyaculación precoz.

Las **verrugas en la vejiga** son el resultado de una curación prolongada en la vejiga urinaria. Erróneamente, estos residuos inofensivos se interpretan como cánceres. Las verrugas de la vejiga son bastante comunes en gatos y perros (¡Conflicto de demarcación territorial!).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL ESFÍNTER VESICAL INTERNO: El esfínter vesical interno es un músculo en forma de anillo ubicado en la parte inferior del cuello vesical. Su mecanismo muscular regula involuntariamente el flujo de orina desde la vejiga hacia la uretra. El esfínter

vesical externo en el extremo rodea de la uretra y proporciona un segundo medio para controlar la eliminación de la orina. El esfínter vesical interno consta de músculo liso, se origina del endodermo y se controla desde el mesencéfalo.

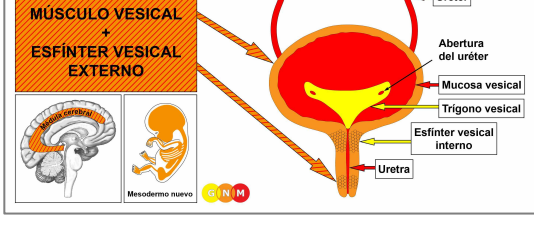


NIVEL CEREBRAL: El músculo liso del esfínter vesical interno se controla desde el **mesencéfalo**, ubicado en la parte más externa del tronco cerebral.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado al esfínter vesical interno es **no poder retener la orina**, por ejemplo, debido a la incontinencia. La incontinencia urinaria es una de las más frecuentes causas de conflictos que prosiguen a una cirugía prostática.

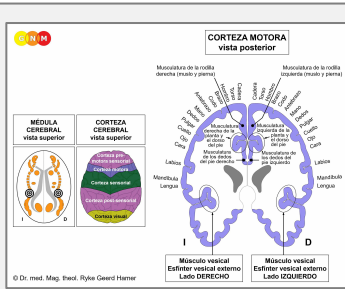
FASE DE CONFLICTO ACTIVO: hipertonía del esfínter vesical interno. El propósito biológico del incremento de la tensión muscular es facilitar la retención de orina en la vejiga.

FASE DE CURACIÓN: La tensión muscular vuelve a la normalidad. La Crisis Epileptoide se presenta como **espasmos vesicales** dolorosos (ved también espasmos en los uréteres, músculo vesical, mucosa vesical y uretral).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL MÚSCULO VESICAL Y ESFÍNTER VESICAL EXTERNO: La vejiga es un órgano hueco para almacenar orina. La pared de la vejiga está formada por músculos que se contraen al orinar y hacen que la orina salga de la vejiga hacia la uretra; al mismo tiempo, los dos esfínteres se abren para permitir la expulsión de la orina. El esfínter vesical externo rodea de la uretra y es, además del esfínter vesical interno, un segundo mecanismo muscular que regula la eliminación de la orina. El músculo estriado vesical y el esfínter vesical externo se derivan del mesodermo nuevo y se controlan desde la médula cerebral y la corteza motora.

NOTA: Originalmente, la vejiga constaba solo de músculos lisos que se desarrollaron a partir de los músculos intestinales del esófago. Los músculos estriados de la vejiga se desarrollaron posteriormente junto con el esfínter vesical externo; ambos son músculos voluntarios que pueden controlarse conscientemente.



NIVEL CEREBRAL: El músculo estriado vesical y el esfínter vesical externo 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 del músculo vesical y el esfínter vesical externo se controlan desde el lado izquierdo del cerebro; las mitades izquierdas se controlan desde el hemisferio cerebral derecho. Por tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano. En comparación, los músculos lisos del esfínter vesical interno de la vejiga se controlan desde el **mesencéfalo**.

NOTA: El músculo vesical y el esfínter vesical externo, los músculos del recto y el esfínter anal externo, los músculos del cuello uterino y el esfínter cervical y los músculos vaginales comparten los mismos relés cerebrales.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado al músculo vesical y al esfínter vesical externo es **“no poder marcar suficientemente el lugar de uno”**

(ved también esfínter anal externo). El conflicto suele ocurrir cuando un conflicto de demarcación territorial no se puede resolver durante un período prolongado de tiempo. Los músculos vesicales también se relacionan con un conflicto de desvalorización de sí mismo, usualmente provocado por la incontinencia urinaria.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **pérdida celular (necrosis) del tejido muscular vesical** (controlada desde la médula cerebral) y, proporcional al grado de actividad conflictiva, incremento de la **parálisis del músculo vesical** (controlada desde la corteza motora). Al mismo tiempo, se abre el esfínter vesical externo (¡No hay necrosis con los esfínteres!), lo que incrementa el flujo de orina para poder marcar mejor el territorio.

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).

La incontinencia urinaria, una salida involuntaria de orina, es una señal de que aún no se ha resuelto un conflicto de demarcación persistente. Dependiendo de la intensidad del conflicto, la condición varía desde una fuga leve (al toser, estornudar, reír) hasta una incontinencia incontrolable (ved también incontinencia fecal). También se produce una salida repentina de orina durante la Crisis Epileptoide cuando se abre el esfínter vesical externo. La incontinencia a menudo genera conflictos de desvalorización de sí mismo que involucran tejidos adyacentes como el hueso púbico o los músculos del piso pélvico. Por lo tanto, los músculos débiles del piso pélvico no causan incontinencia, como se afirma, sino que son el resultado de continuos conflictos de desvalorización de sí mismo relacionados con la vejiga; lo mismo ocurre con las “infecciones vesicales” recurrentes.

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 músculos lisos. 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 a la vejiga y el recto, durante una Crisis Epileptoide, por ejemplo, durante un ataque epiléptico, ambos esfínteres pueden abrirse al mismo tiempo causando un vaciado completo de la vejiga junto con una pérdida involuntaria de heces.

El “mojar la cama” (enuresis nocturna) es la evacuación involuntaria de orina durante el sueño. La micción involuntaria tiene lugar durante la Crisis Epileptoide que suele ocurrir por la noche, es decir, en la vagotonía. Con el breve estrés simpaticotónico, el esfínter vesical se abre provocando la excreción de orina. La enuresis persistente o crónica indica que la persona tiene continuas recaídas conflictivas seguidas del “accidente nocturno”. Los niños sufren conflictos de demarcación territorial con sus hermanos o compañeros de escuela o cuando son acosados física, verbal o socialmente.

NOTA: Un vaciado completo de la vejiga puede ocurrir en el curso de cualquier Crisis Epileptoide intensa.

FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación, se reconstruye el músculo vesical y se cierra el esfínter vesical. Si las bacterias asisten la curación, esto causa una “**infección bacteriana vesical**” (ved también trígono vesical y mucosa vesical) con **espasmos vesicales** dolorosos durante la Crisis Epileptoide (ved también espasmos relacionados con los uréteres, esfínter vesical interno, vejiga y uretra).

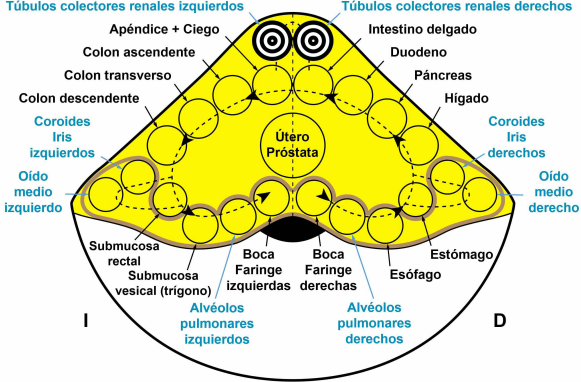
NOTA: Todos **los órganos que derivan del mesodermo nuevo** (“grupo excedente”), incluido el músculo vesical, muestran el **propósito biológico al final de la fase de curación**. Una vez se ha completado el proceso de curación, el órgano o tejido es más fuerte que antes, lo que permite estar mejor preparado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

Fuente: www.learninggnm.com

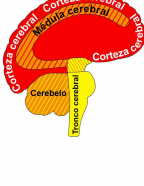
© LearningGNM.com

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

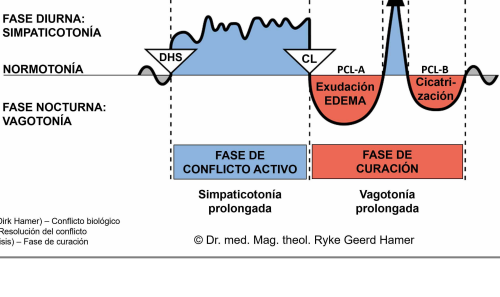
TRONCO CEREBRAL vista superior



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.



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

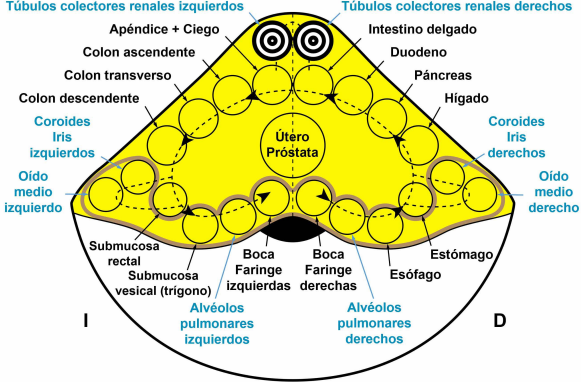


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

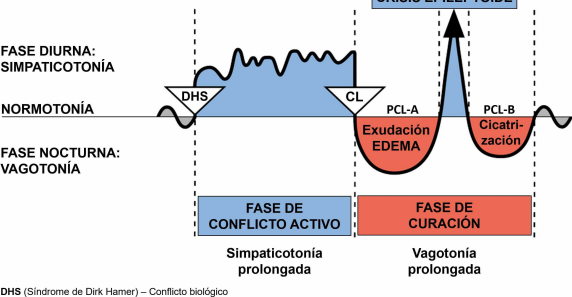


TRONCO CEREBRAL vista superior





PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO

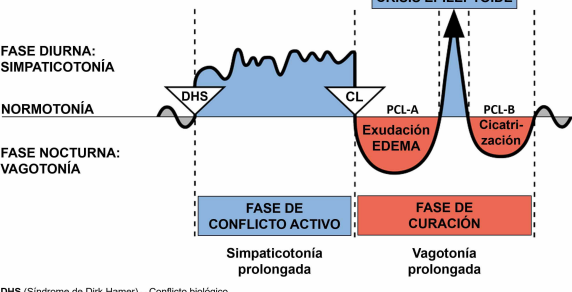


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictoólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictoólisis) – Fase de curación

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



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO



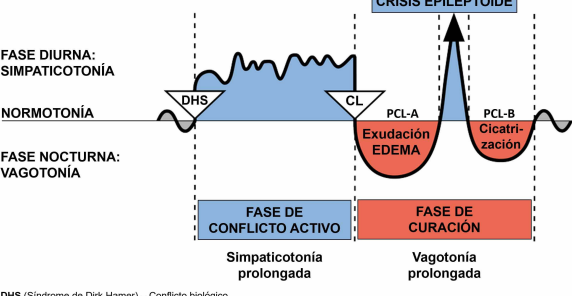
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

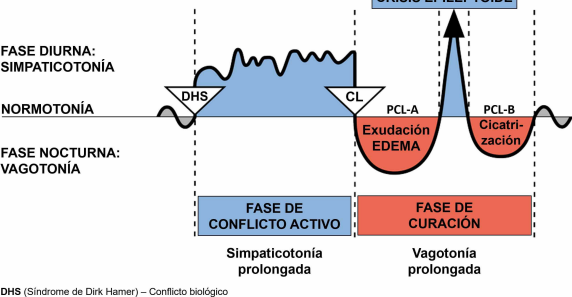
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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



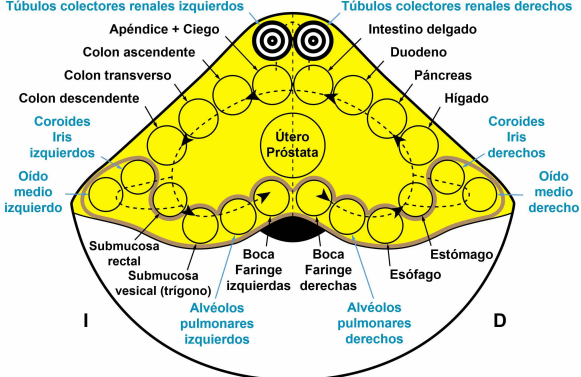
PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO



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

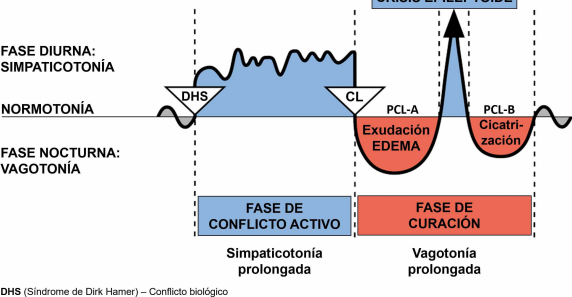
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

TRONCO CEREBRAL vista superior



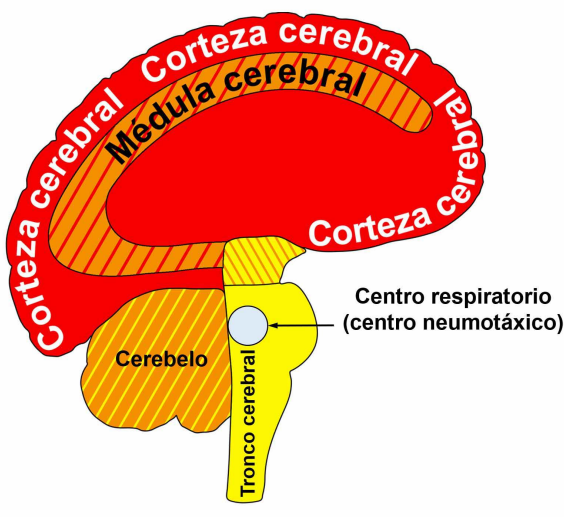


PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO



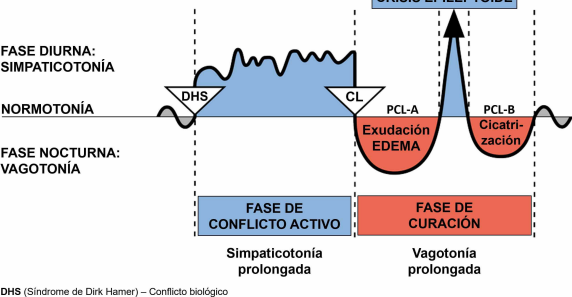
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictoólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictoólisis) – Fase de curación

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



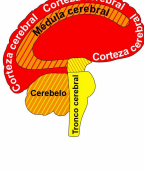


PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO

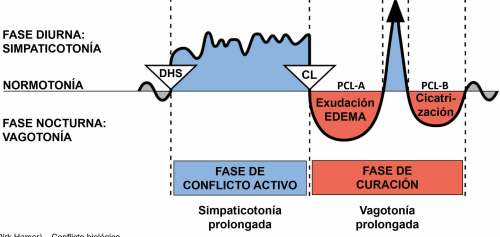


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictoólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictoólisis) – Fase de curación

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

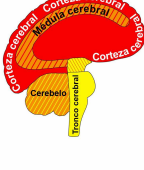


Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		

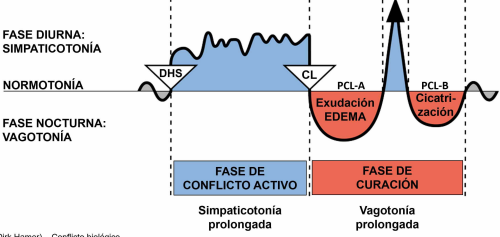


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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



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



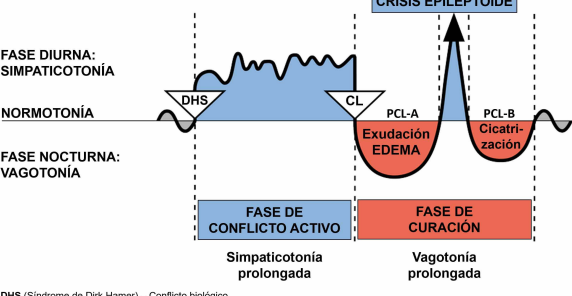
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

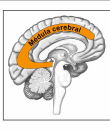


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

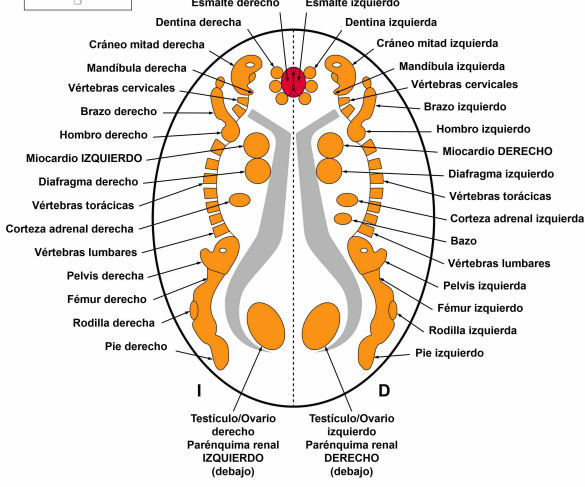
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

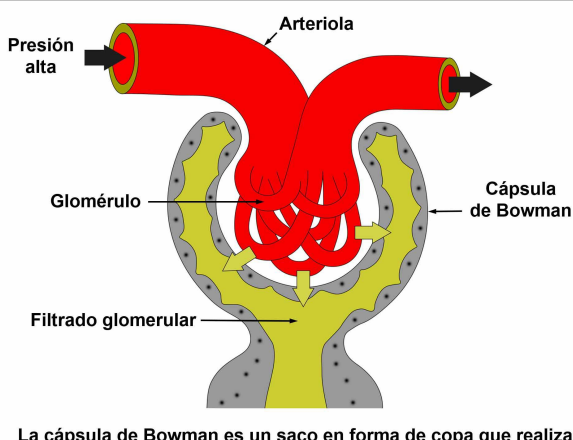
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

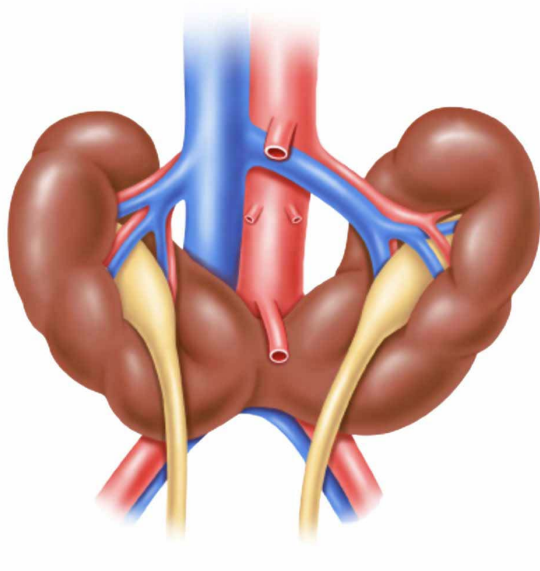


RELACIÓN MÉDULA CEREBRAL – ÓRGANO



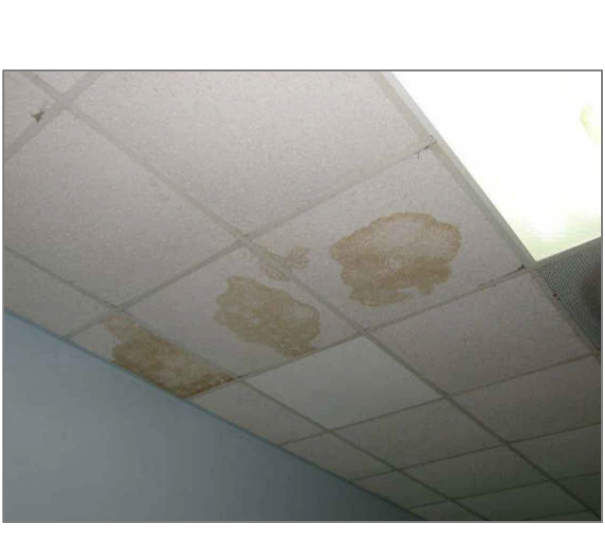


La cápsula de Bowman es un saco en forma de copa que realiza el primer paso en la filtración de sangre para formar orina. Cada cápsula contiene un glomérulo.



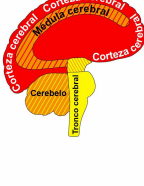
Riñón en herradura



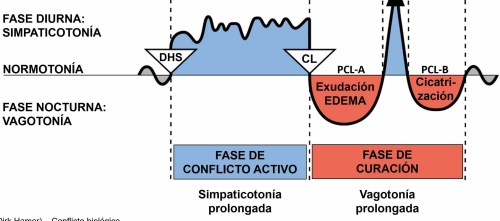




Tormenta de hielo que azotó el este de Canadá en enero de 1998



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

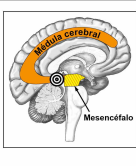


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

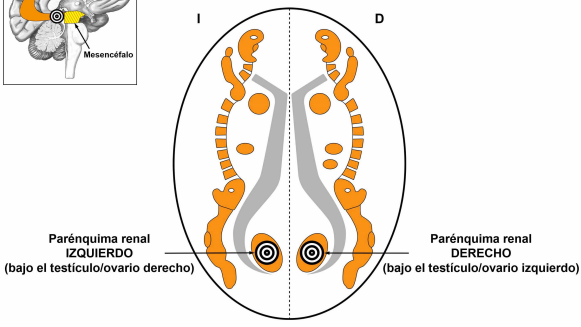
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

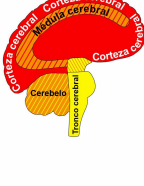
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

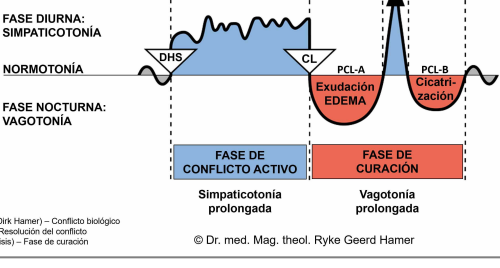


MÉDULA CEREBRAL
vista superior





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



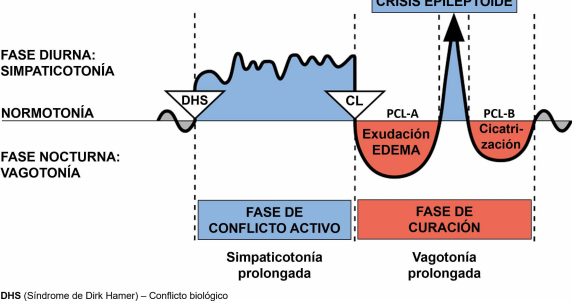
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



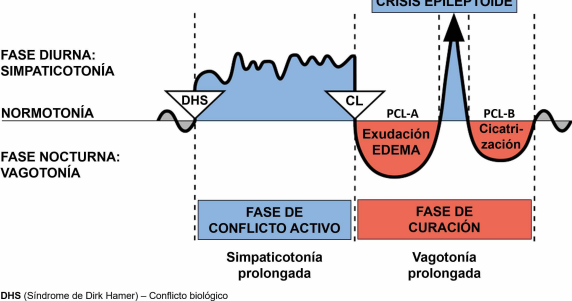
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

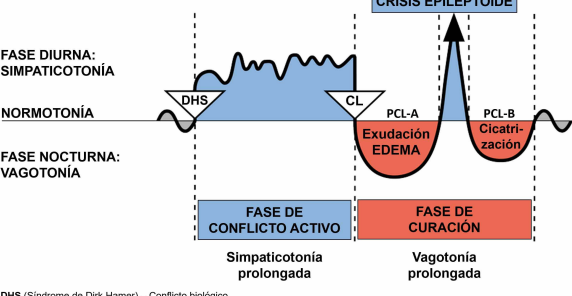


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

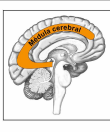


PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO

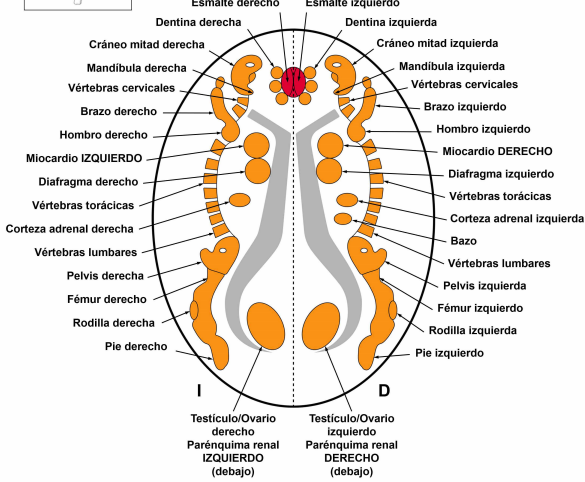


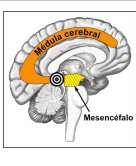
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

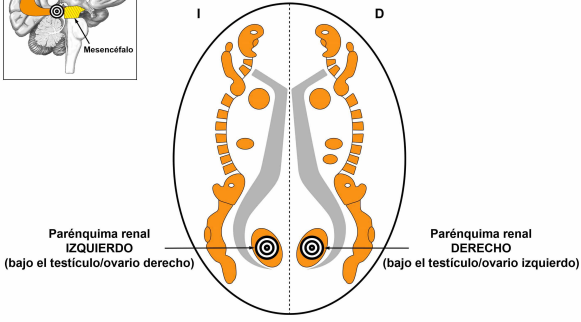


RELACIÓN MÉDULA CEREBRAL – ÓRGANO





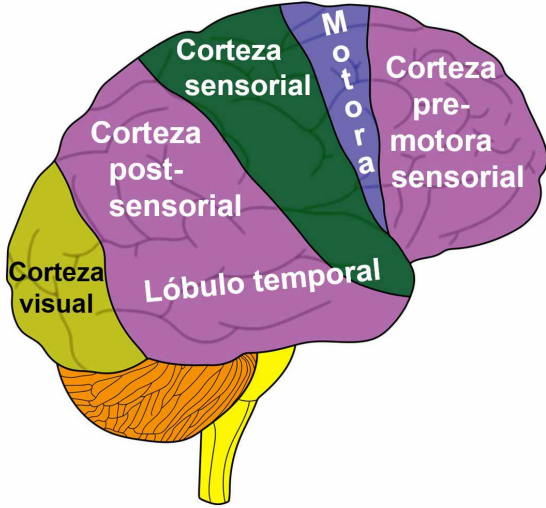
MÉDULA CEREBRAL
vista superior

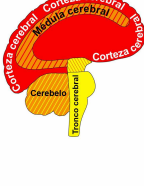


© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

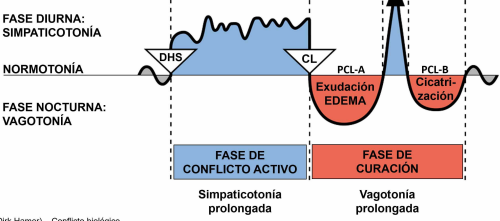
CORTEZA CEREBRAL

vista lateral





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



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

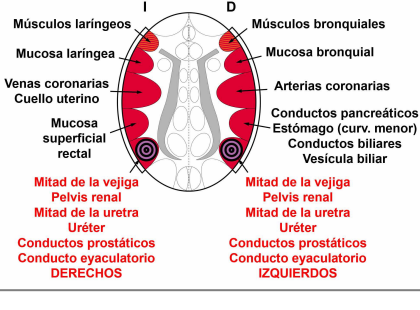
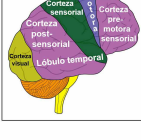
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



LÓBULOS TEMPORALES
vista superior

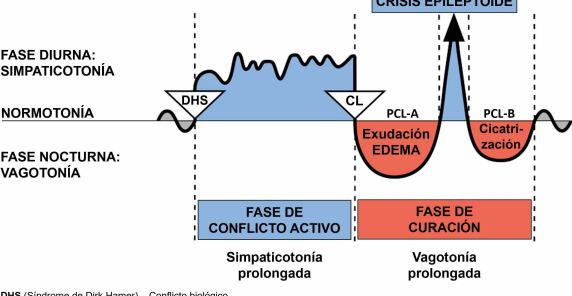


CORTEZA CEREBRAL
vista lateral





PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO

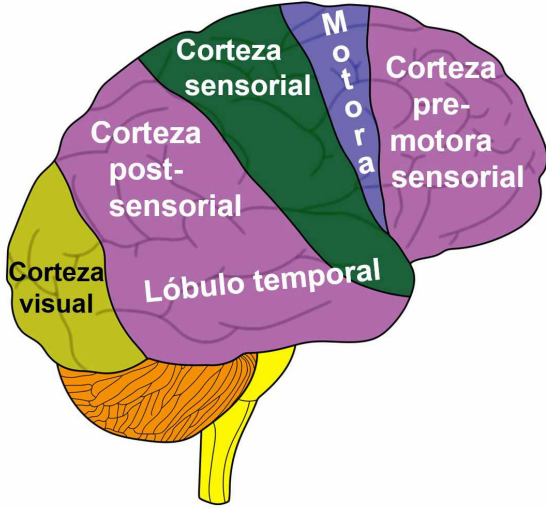


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

CORTEZA CEREBRAL

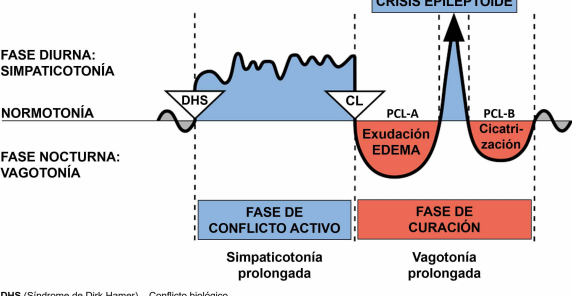
vista lateral





PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



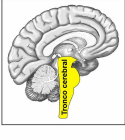
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

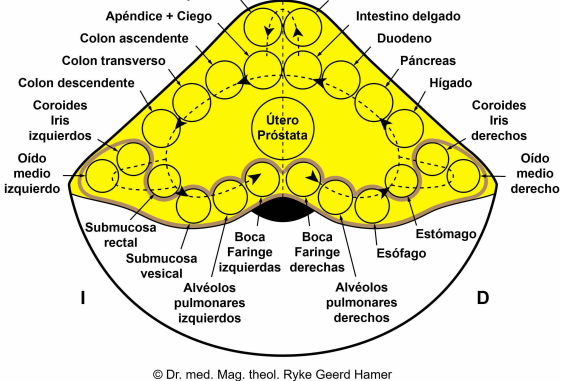
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

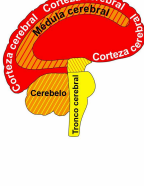




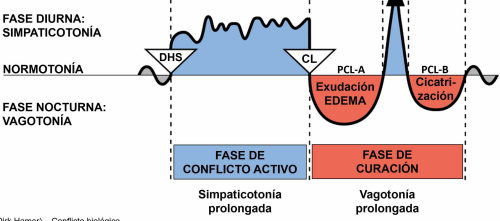
RELACIÓN TRONCO CEREBRAL – ÓRGANO



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



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



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

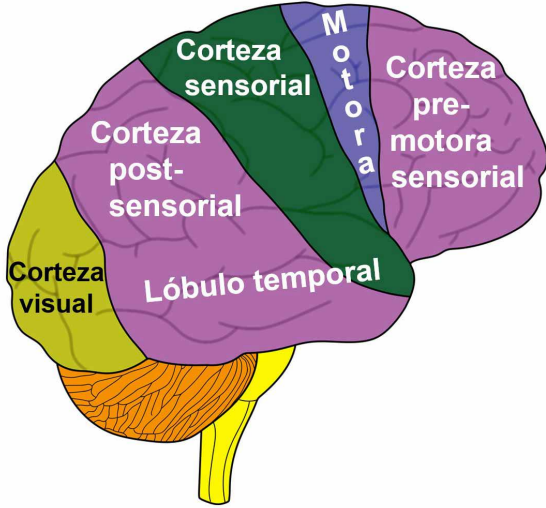
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

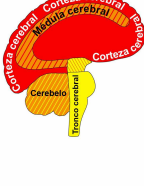
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

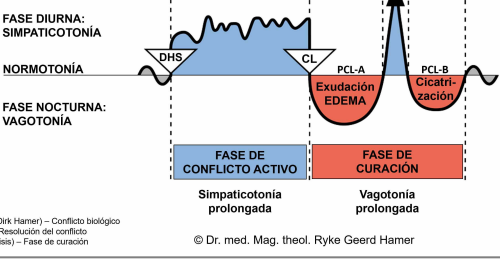
CORTEZA CEREBRAL

vista lateral





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



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

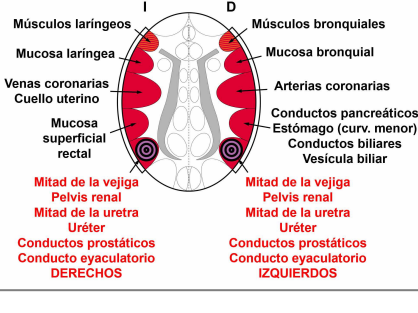
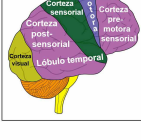
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



LÓBULOS TEMPORALES
vista superior



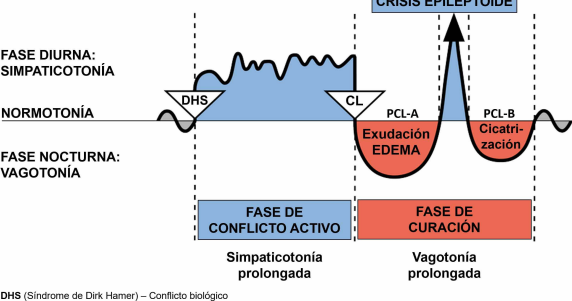
CORTEZA CEREBRAL
vista lateral





PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

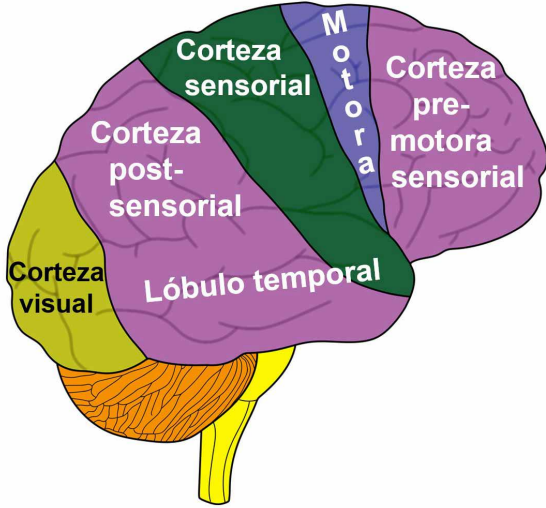
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

CORTEZA CEREBRAL

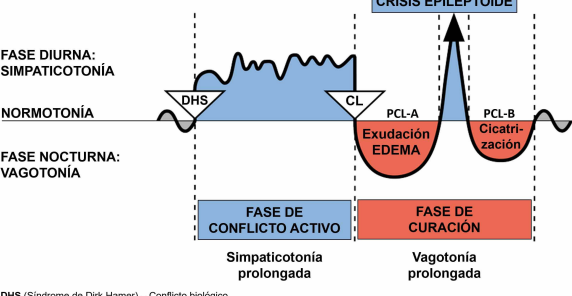
vista lateral





PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

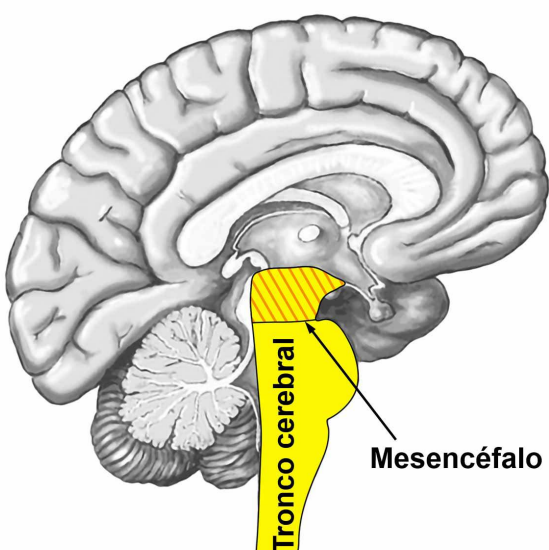


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

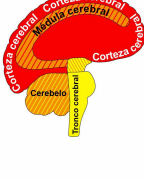
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

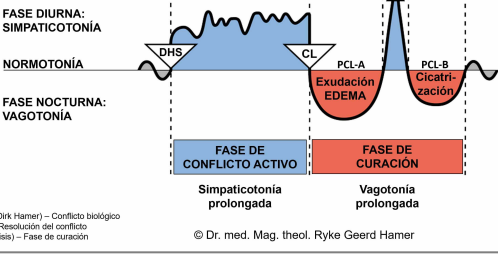


Tronco cerebral

Mesencéfalo

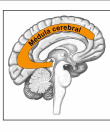


Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



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

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



RELACIÓN MÉDULA CEREBRAL – ÓRGANO

