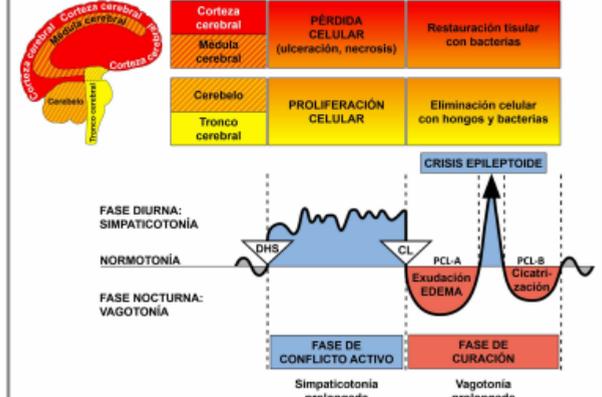




PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

BOCA Y FARINGE

escrito por Caroline Markolin,
Ph.D.



Las seis cualidades de los órganos del canal alimentario

Submucosa bucal y faríngea

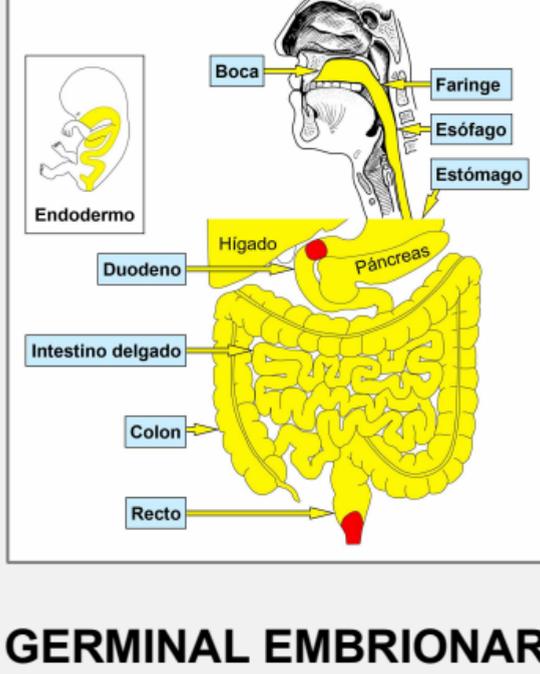
Mucosa superficial bucal y faríngea

Conductos de las glándulas salivales

Músculos de la lengua

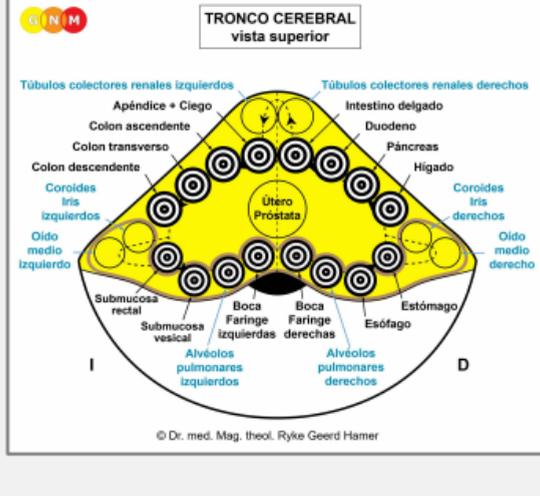
Rev. 1.04

LAS SEIS CUALIDADES DE LOS ÓRGANOS DEL CANAL ALIMENTARIO



CAPA GERMINAL EMBRIONARIA:

Los órganos del canal alimentario – desde la boca hasta el recto – derivan de la capa germinal embrionaria más antigua, que es el **endodermo**, y por lo tanto están controlados desde el **tronco cerebral**, la parte más antigua del cerebro.



NIVEL CEREBRAL: En el **tronco cerebral**, los centros de control de los órganos del sistema digestivo y sus descendientes están posicionados en **orden anular** (en forma de anillo), comenzando en el hemisferio cerebral derecho con los relés cerebrales de la boca y la faringe (incl. glándula tiroides, glándulas paratiroides), esófago, estómago, parénquima hepático, glándula páncreas, duodeno, intestino delgado, continuando en sentido contrario a las agujas del reloj con los centros de control del apéndice, ciego, colon, recto y vejiga en el lado izquierdo del tronco cerebral.

CONFLICTOS BIOLÓGICOS: Según su función, los conflictos biológicos ligados a los órganos del canal alimentario son **CONFLICTOS DE BOCADO** de “**no poder atrapar/eliminar un bocado**” (boca y faringe), “**no ser lo suficientemente rápido para atrapar/eliminar un bocado**” (glándula tiroides), “**no poder tragar un bocado**” (esófago), y “**no poder absorber y digerir un bocado**” (páncreas, estómago, duodeno, intestino delgado, colon). Para los animales, un bocado se refiere a un trozo de comida real, mientras que en el caso de los seres humanos un bocado también puede ser de naturaleza figurativa.

Cualidad sensorial: se relaciona con el analizar un bocado de comida según su composición química, es decir, si el bocado es útil (nutritivo) o perjudicial (venenoso) para el organismo. Si un bocado desagradable está en la boca o en la faringe, la reacción instintiva es escupirlo; si un “bocado indigerible” está en el estómago, se activa el reflejo del vómito para eliminarlo; si ya ha llegado al intestino delgado, esto causa diarrea.

Cualidad motora: se relaciona con el peristaltismo, la contracción muscular en forma de onda que mueve los alimentos a lo largo del tracto gastrointestinal. Para poder pasar un bocado, el peristaltismo se incrementa localmente mientras se ralentiza en el resto del intestino.

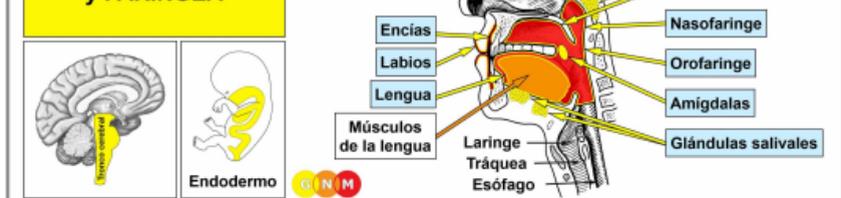
Cualidad secretora: se relaciona con la secreción de jugos digestivos. En caso de un conflicto biológico, las células en el órgano correspondiente proliferan para ayudar a la digestión del bocado. La acumulación celular suele adoptar típicamente una forma de coliflor.

Cualidad absorbente: se relaciona con la absorción de nutrientes. En caso de un conflicto biológico, las células en el órgano correspondiente proliferan para poder absorber el bocado. La acumulación celular suele desarrollarse en un plano (eje) plano (liso).

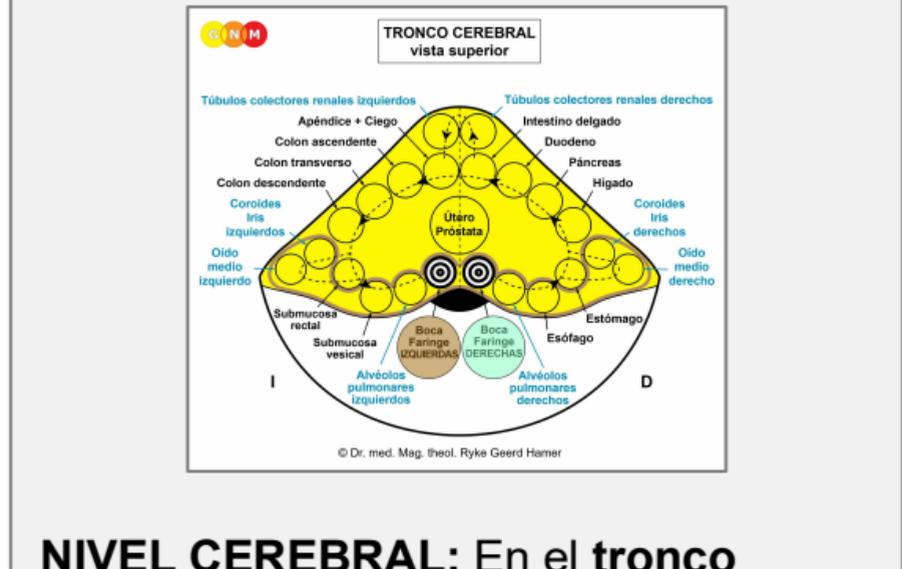
NOTA: Los alvéolos pulmonares, el oído medio y las trompas de Eustaquio, las glándulas lagrimales, la coroides, el iris y el cuerpo ciliar de los ojos, los túbulos colectores renales, la médula adrenal, el trigono vesical, la próstata, el útero y las trompas de Falopio, las glándulas de Bartholin, las glándulas productoras de esmegma, así como la hipófisis, la glándula pineal y los plexos coroideos se originan de la mucosa intestinal. Por lo tanto, estos órganos tienen también una cualidad secretora y absorbente.

Cualidad excretora: se relaciona con la excreción de residuos tóxicos. Las sustancias tóxicas que no pueden ser excretadas a través de los riñones se excretan en el intestino. **NOTA:** Con la diarrea causada por comida desagradable, las cualidades sensoriales, motoras y excretoras van juntas sin un incremento celular.

Cualidad hormonal: se relaciona con la producción de hormonas de los órganos accesorios del canal alimentario (glándula tiroides, páncreas, hígado) para ayudar a la digestión.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA SUBMUCOSA BUCAL Y FARÍNGEA: La boca es la abertura del canal alimentario y el lugar donde se inicia la digestión (cualidad secretora) y la absorción (cualidad absorbente) de la comida. La lengua es un órgano digestivo accesorio que ayuda a masticar y a tragar. Mediante la masticación, los alimentos se rompen en trozos pequeños. La saliva producida en las glándulas salivales humedece el bolo alimenticio para facilitar la deglución. Las glándulas salivales están situadas en varias partes de la boca. Las glándulas salivales más grandes son las glándulas parótidas, situadas delante de las orejas, las glándulas sublinguales, situadas debajo de la lengua, y las glándulas submandibulares, situadas debajo de la mandíbula inferior. La faringe conecta las cavidades bucal y nasal con la tráquea y la laringe. La nasofaringe, situada en la parte posterior de la nariz, se extiende hasta la superficie superior del paladar que forma el techo de la boca; la orofaringe se encuentra en la parte posterior de la boca. A ambos lados de la faringe se encuentran las amígdalas. De la faringe sale el esófago, que transporta los alimentos desde la boca hasta el estómago. La submucosa bucal y faríngea (que incluye los labios, las encías, el paladar, la lengua, las glándulas salivales, las amígdalas y la garganta) consta de epitelio cilíndrico intestinal, se origina del endodermo y, por tanto, se controla desde el tronco cerebral.



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

La mitad derecha de la boca y la faringe se controla desde el lado derecho del tronco cerebral; la mitad izquierda se controla desde el hemisferio izquierdo del tronco cerebral. No existe una

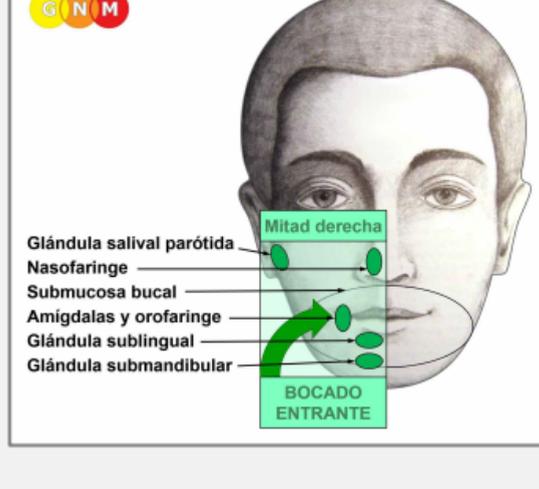
correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

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

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a la submucosa bucal y faríngea, incluidos los labios, las encías, el paladar, la lengua, las glándulas salivales, las amígdalas y la garganta es un **“conflicto de bocado”** (comparad con el “conflicto de bocado” relacionado con el estómago, el duodeno, la glándula del páncreas, el intestino delgado, el colon y la glándula tiroides).

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.

LA MITAD DERECHA DE LA BOCA Y LA FARINGE



En base a la función original de la garganta, la **mitad derecha de la boca y la faringe** se correlaciona con un **“bocado (de comida) entrante”** y con **“no poder atrapar un bocado”** (boca, labios, encías, paladar, lengua, glándulas salivales) o **“no poder tragar un bocado”** (amígdalas, faringe, garganta).

Los recién nacidos y los bebés experimentan el conflicto en términos reales cuando no pueden obtener el “bocado de leche”, digamos, porque la madre no puede amamantar o no está alimentando a su bebé a tiempo. Los ancianos de las residencias y los pacientes de los hospitales sufren el conflicto cuando no pueden comer a causa del dolor; también los enfermos de cáncer que no pueden comer como consecuencia de los tratamientos de quimio. Tener que abstenerse de comer la comida favorita de uno (por ejemplo, estar sometido a una dieta estricta) también puede causar un conflicto de bocado.

Un bocado figurativo que uno no es capaz de “atrapar” se refiere a algo que uno esperaba o estaba deseando “agarrar” y “tragar” y que inesperadamente no puede o no se le permite (ved también el conflicto biológico vinculado al tercio inferior del esófago). Ese “bocado” deseado puede ser un trato, un contrato, un negocio, un trabajo, un puesto, un ascenso, un “bocado de dinero” en forma de préstamo, un beneficio, un regalo o una herencia (casa, apartamento); para los niños puede ser un “bocado de juguete” o un “bocado de buena nota”. El conflicto también puede referirse a una persona a la que no se puede “atrapar” o “agarrar” o a una relación que no se puede o no se permite “consumir”.

La mitad derecha de la nasofaringe se relaciona con un **“bocado de olor”** que no se puede captar, por ejemplo, el olor de un ser querido que se ha ido.

LA MITAD IZQUIERDA DE LA BOCA Y LA FARINGE



Originalmente, antes de la ruptura de la garganta, el conflicto biológico relacionado con la sección saliente del intestino era “no poder insalivar suficientemente el bocado fecal”, porque el moco producido en el buche también servía para lubricar las heces y facilitar su eliminación. En la actualidad, el conflicto ligado a la **mitad izquierda de la boca y la faringe** se correlaciona con un **“bocado (de comida) saliente”** y con **“no poder eliminar un bocado (escupirlo)”**.

Esto se refiere, por ejemplo, a la comida o los medicamentos que uno quiere “vomitar”. Un bocado indeseable puede asociarse a un compromiso o promesa que se quiere revocar o a un acuerdo que se quiere cancelar. Un empleado recién contratado, un nuevo inquilino o compañero de piso, un nuevo hermano o un visitante molesto pueden ser percibidos como un “bocado” del que uno quiere deshacerse. En los deportes, podría referirse a no poder pasar la pelota (fútbol) o el disco (hockey). Un “bocado saliente” también puede ser una palabra o palabras que uno no puede “escupir”, por ejemplo, una disculpa, una confesión, una súplica o una queja. El sexo oral no deseado o forzado puede evocar el conflicto.

La mitad izquierda de la nasofaringe se relaciona con un “**bocado de olor**” del que uno no puede deshacerse, por ejemplo, el olor de un adversario o de un competidor.

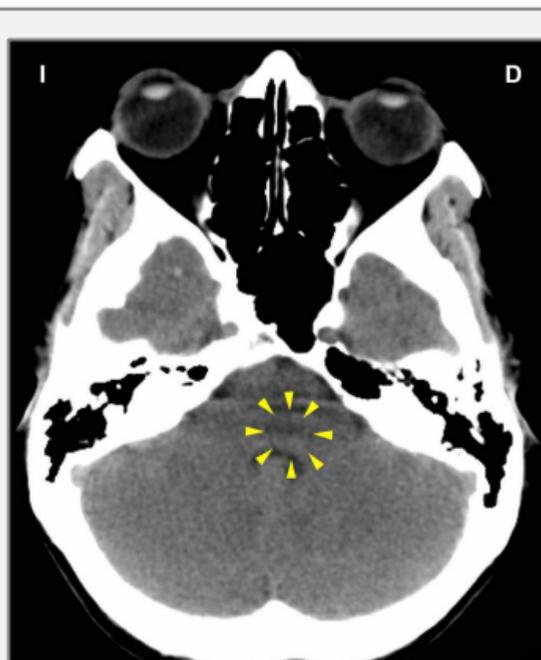
FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo las células de la submucosa bucal o faríngea proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico de las células adicionales** es insalivar mejor un bocado para absorberlo (mitad derecha) o expulsarlo (mitad izquierda) más rápidamente. La salivación es estimulada por el sistema nervioso autónomo. Por eso la secreción de saliva se incrementa con el olor de la comida “suculenta”. En la lengua inglesa, “salivando” (salivating) y “babeando” (drooling) son sinónimos de “antojo” (craving) de algo o alguien deseable.

Con una actividad conflictiva prolongada se desarrolla un crecimiento plano (tipo absorbente) en la submucosa de la boca. En el paladar, las glándulas salivales, las amígdalas, la faringe y la garganta también pueden adoptar una forma de coliflor (tipo secretor). Si las papilas de la lengua que contienen las papilas gustativas están afectadas, las células adicionales proporcionan un sentido del gusto reforzado para poder analizar (ver calidad sensorial) el “bocado” (comparad con la hipersensibilidad al gusto relacionada con el tercio posterior de la lengua).

Un crecimiento de gran tamaño suele diagnosticarse como un **cáncer oral** (comparad con “cáncer oral” relacionado con la mucosa superficial bucal) o como un “tumor glandular” si afecta a las glándulas salivales.

Se dice que el tabaquismo y el abuso del alcohol son factores de riesgo de cáncer en la boca, incluido el **cáncer de lengua**. Sin embargo, no todas las personas que fuman o beben desarrollan un cáncer oral. Sin embargo, si el “bocado de cigarrillo” o el “bocado de alcohol” provocan angustia, por ejemplo, debido a la abstinencia, al síndrome de abstinencia o al miedo a contraer un cáncer de boca o de lengua, se pondrá en marcha el Programa Especial Biológico.



En un escáner de TC, la fase de conflicto activo de un “conflicto de bocado” se presenta como un Foco de Hamer con una configuración anular nítida. Aquí, en el hemisferio derecho del tronco cerebral, en el relé cerebral de la submucosa del lado derecho de la boca ([ved el diagrama de la GNM](#)). En este punto, el conflicto de “no poder atrapar un bocado” sigue activo.

Las adenoides en la nasofaringe se forman como resultado de un **conflicto pendiente**, es decir, cuando el conflicto de “bocado de olor” no puede resolverse a tiempo (comparad con los pólipos en los senos paranasales). Si las amígdalas se ven afectadas, esto causa una **hipertrofia amigdalina**, es decir, un agrandamiento de las amígdalas. Dado que las amígdalas y la nasofaringe comparten los mismos relés cerebrales, los **pólipos nasales** y el **agrandamiento de las amígdalas** suelen aparecer juntos.

FASE DE CURACIÓN: Tras la resolución del conflicto (CL), los hongos o las micobacterias, como las bacterias de la tuberculosis (TB), eliminan las células que ya no son necesarias.

En la boca, la fase de curación se presenta en forma de **aftas (úlceras aftosas)** en el interior de los labios o las mejillas, en el paladar o la **lengua**, o en todas las áreas de la boca, según la percepción de la situación conflictiva (comparad con las úlceras aftosas relacionadas con la mucosa superficial bucal). Las aftas aparecen como manchas blancas redondas u ovaladas con un borde inflamado. Pueden ser bastante **dolorosas**. En las **encías**, la bolsa llena de pus se denomina “absceso dental” o **absceso gingival**. La secreción tuberculosa causa mal aliento.



Un afta en el lado derecho de la boca (aquí en el interior del labio inferior) indica que el conflicto de “no poder atrapar un bocado” está resuelto y que la curación está en marcha.

Si los microbios necesarios no están disponibles en el momento de la resolución del conflicto, las células adicionales permanecen. Eventualmente, el crecimiento se encapsula con tejido conectivo. En la medicina convencional, esto se suele diagnosticar como **pólipo bucal** o “cáncer benigno”. Un **pólipo en la encía** puede llegar hasta el cuello de un diente.



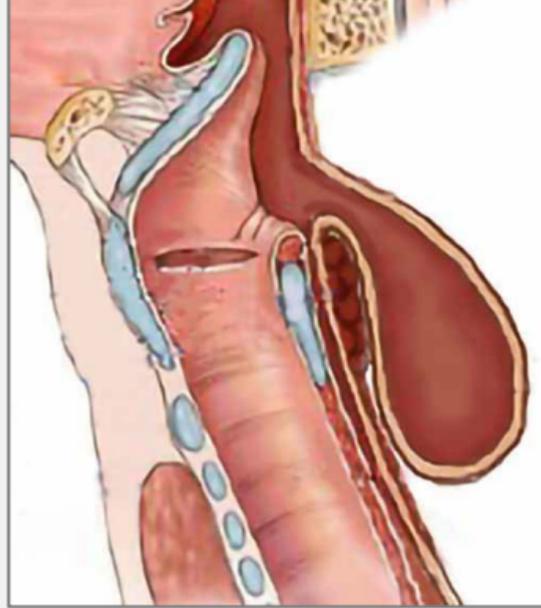
La **candidiasis oral** o **muguet oral**, que se presenta en forma de pus cremoso, ocurre cuando los hongos asisten el proceso de curación. Los bebés suelen desarrollar la candidiasis cuando sufren la angustia de no recibir el “bocado de leche”.



La **amigdalitis**, una inflamación de las amígdalas, es una señal de que se ha resuelto el conflicto de bocado relacionado (la imagen muestra una inflamación de la amígdala izquierda, que corresponde a “no poder eliminar un bocado”). Cuando el pus, producido durante el proceso de curación (**amigdalitis purulenta**), se libera en la boca, esto causa un aliento maloliente. Aquí también encontramos **abscesos amigdalinos**.

La **micosis amigdalina** o **candidiasis de las amígdalas** indica la presencia de hongos (comparad con la “faringitis estreptocócica” con la participación de la bacteria estreptococo).

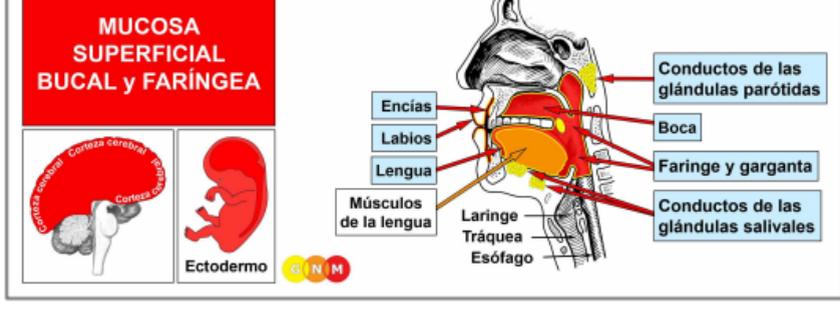
En la nasofaringe, las adenoides o los **pólipos nasales** que se desarrollaron durante la fase de conflicto activo se eliminan con la ayuda de hongos o bacterias de la tuberculosis, siempre que estén disponibles. La secreción nasal consta de una secreción tuberculosa maloliente. En la fase de curación también se desarrolla un **absceso nasal** con una hinchazón dolorosa que contiene pus.



Lo que se denomina **divertículo de Zenker** es una bolsa en el nivel inferior de la faringe (justo por encima del esfínter esofágico superior) que se desarrolla como resultado de una curación pendiente. Debido al continuo proceso de eliminación de células bacterianas, la pared de la faringe se vuelve fina y la parte más débil de la pared faríngea se abomba, formando un divertículo (comparad con los divertículos del colon). El síntoma más

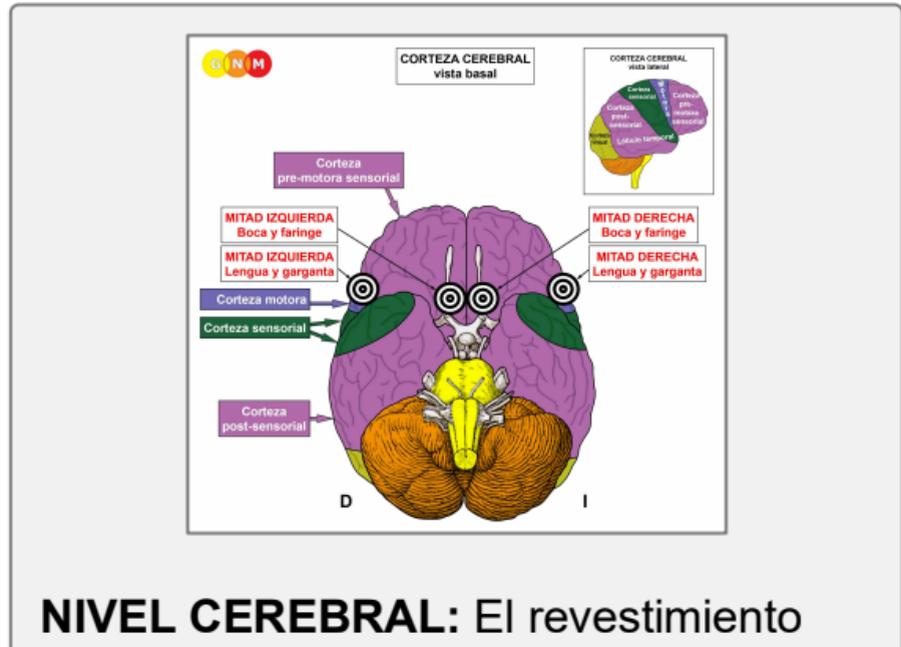
común del divertículo de Zenker es la dificultad para tragar alimentos.

En las glándulas salivales, un proceso de curación prolongado (curación pendiente) conduce a una pérdida completa de las células acinares productoras de saliva, lo que da lugar a una **sequedad de boca** permanente o a lo que se denomina **síndrome de Sjögren** o **Sicca** (ved también sequedad bucal relacionada con los conductos de las glándulas salivales y el síndrome de Sjögren asociado a la sequedad ocular). Una inflamación en las glándulas salivales, por ejemplo, en las glándulas parótidas, causa la **parotitis**, también conocida como **paperas** (ved también parotitis relacionada con los conductos de las glándulas salivales).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA MUCOSA SUPERFICIAL BUCAL Y FARÍNGEA: La submucosa bucal y faríngea está cubierta por una capa celular compuesta de epitelio escamoso, que deriva del ectodermo y, por tanto, está controlada desde la corteza cerebral.

NOTA: Las amígdalas no tienen una mucosa superficial ectodérmica.

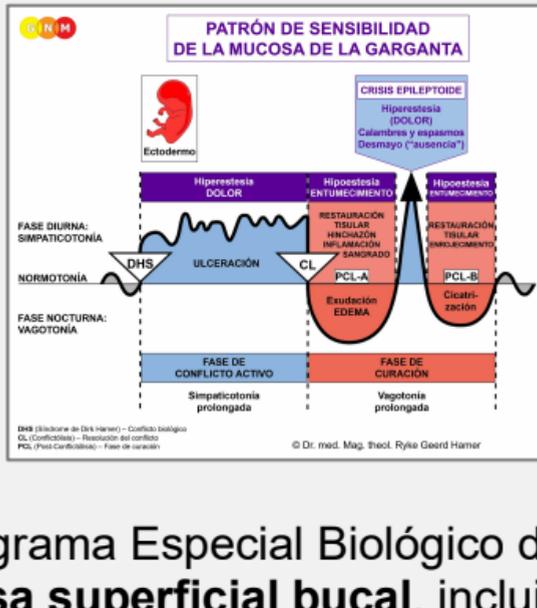


NIVEL CEREBRAL: El revestimiento epitelial de la boca y la faringe, incluida la mucosa superficial de la garganta, se controla desde la **corteza pre-motora sensorial** (parte de la corteza cerebral). La mitad derecha de la boca y la faringe se controla desde el lado izquierdo de la corteza; la mitad izquierda se controla desde el hemisferio cortical derecho (medio-fronto-basal). Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano. Los relés cerebrales de la lengua y la garganta están situados lateralmente.

MUCOSA SUPERFICIAL BUCAL

CONFLICTO BIOLÓGICO DE LA MUCOSA SUPERFICIAL BUCAL: El conflicto biológico ligado a la mucosa superficial bucal (que incluye los labios, las encías, el paladar y la lengua) es un **conflicto oral** de “no poder llevarse algo a la boca” o, al contrario, de “no poder deshacerse de algo que está en la boca o en la lengua”. En ambos casos, se trata de alimentos que se desean pero que no se pueden o no se permiten “ingerir” (por estar sometidos a una dieta restringida, por ejemplo, los diabéticos) o de alimentos que se quieren “escupir”. En cuanto a esto último, difiere claramente del conflicto de “no poder eliminar un bocado” vinculado a la mitad izquierda de la submucosa bucal. Mientras que la capa endodérmica profunda de la boca se correlaciona biológicamente con el bocado en sí (real o figurativo) que se quiere expulsar, la capa ectodérmica superior tiene que ver más bien con el contacto con el “bocado”, es decir, con querer separarse de lo que hay en la boca (ved el conflicto de separación relacionado con la epidermis). A la inversa, el conflicto de no poder llevarse algo deseable a la boca puede desencadenarse por tener que abstenerse de fumar cigarrillos o alcohol. Un conflicto relacionado con los labios se traduce en la pérdida de contacto físico o el miedo a perder el contacto asociado a los labios, por ejemplo, si ya no se puede o no se permite besar a una persona o a una mascota. Igualmente, también se aplica al hecho de no querer ser besado o tener contacto con la lengua o los labios. Esto incluye el contacto con objetos como un vaso, una pajita, utensilios para comer, herramientas dentales y similares. En un sentido figurativo, el conflicto oral se traduce en que no se puede o no se permite decir algo que está “en la punta de la lengua”.

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 superficial bucal**, incluidos los labios, las encías, el paladar y la lengua, sigue el **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LA MUCOSA DE LA GARGANTA**, con hipersensibilidad durante la fase de conflicto activo y la Crisis Epileptoide e hiposensibilidad en la fase de curación.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

ulceración en la mucosa epitelial bucal proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. **El propósito biológico de la pérdida celular** es ensanchar la cavidad bucal para facilitar la ingesta o la separación del “bocado”. Con un conflicto intenso se desarrollan **úlceras aftosas** en el lugar (comparad con las aftas relacionadas con la submucosa bucal). Si el conflicto oral está asociado a la lengua, esto causa **ardor lingual**.

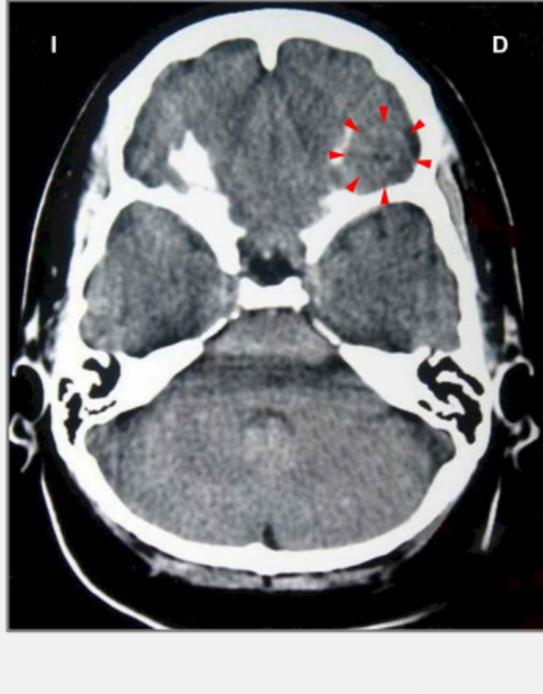
NOTA: Si la mitad derecha o izquierda de la boca está afectada depende de la lateralidad de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. Un conflicto localizado afecta el área de la boca asociada a la “angustia oral”.



Ésta TC cerebral muestra la actividad conflictiva de un conflicto oral con aftas en ambos lados de la boca. El Foco de Hamer llega a ambos hemisferios cerebrales. En la GNM, llamamos a esto un “conflicto central”, lo que significa que el conflicto estaba asociado con la madre/hijo y la pareja de la persona al mismo tiempo. Un adolescente sorprendido por sus padres fumando sería un escenario de conflicto clásico.

FASE DE CURACIÓN:

Durante la primera parte de la fase de curación (**PCL-A**) se repone la pérdida de tejido mediante la **proliferación celular**. Los **síntomas de curación** son **hinchazón, ampollas llenas de agua, enrojecimiento** (ved la “lengua de frambuesa” con la escarlatina) y, posiblemente, sangrado. En los labios, estas ampollas se denominan comúnmente **“herpes labial”** (ved también herpes relacionado con la epidermis).



Para un diestro, una ampolla en la mitad izquierda de la lengua revela un conflicto oral relacionado con la madre/hijo (la historia: una adolescente diestra fue pillada por su madre dando un beso con lengua).

La TC presenta el Foco de Hamer en el área del cerebro desde donde se controla la mitad izquierda de la lengua (ved el diagrama de la GNM).

La **gingivitis** se limita al tejido gingival. También puede surgir una inflamación de las encías durante la curación de la **periodontosis**. En este caso, la condición se denomina **periodontitis**. En la odontología actual, se asume erróneamente que las “enfermedades de las encías” están causadas por la placa

dental.



Aquí vemos la gingivitis exclusivamente en el lado izquierdo de la boca (ved flechas rojas). En el caso de una persona zurda, esto indica que el conflicto estaba asociado a un compañero.

El área inflamada de las encías puede sangrar durante el cepillado y el uso del hilo dental (comparad con el sangrado de las encías relacionado con el SBS de la dentina).



Un **absceso gingival** se origina en la submucosa bucal.

Aquí vemos un absceso en la encía del lado derecho de la boca relacionado con “no poder atrapar un bocado”. El absceso lleno de pus se desarrolla en la fase de curación.

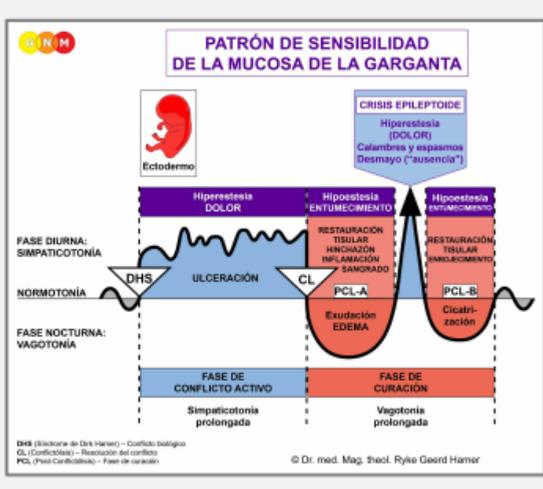
Una fase de curación intensa con una gran hinchazón en el área de la boca podría diagnosticarse como un “**cáncer oral**” (comparad con el cáncer oral relacionado con la submucosa bucal). Según los conocimientos de la GNM, las nuevas células no pueden considerarse “células cancerosas”, ya que el incremento celular es, en realidad, un proceso de reposición.



Esta imagen muestra una inflamación aguda en el lado derecho del paladar duro. Es un signo positivo de que el conflicto oral relacionado se ha resuelto. La retención de agua debida al SINDROME incrementa significativamente la hinchazón.

PALADAR Y LENGUA

CONFLICTO BIOLÓGICO DE LA PARTE TRASERA DEL PALADAR Y DEL TERCIO POSTERIOR DE LA LENGUA: El conflicto biológico ligado al paladar blando es “**querer deshacerse de algo que está en el paladar**” (herramientas dentales). El dorso de la lengua se relaciona con “**no poder o no querer saborear algo**” (ciertos alimentos o líquidos).



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

FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

ulceración del revestimiento epitelial del paladar y/o de la lengua (partes posteriores) proporcional al grado y a la duración de la actividad conflictiva.

Síntomas: úlceras dolorosas en la parte posterior del paladar o de la lengua con una **hipersensibilidad al gusto** (en la Naturaleza, la percepción sensorial de un “bocado” estropeado o de un veneno es esencial para la supervivencia).

NOTA: Si la mitad derecha o izquierda del paladar o de la lengua 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: La ulceración en el paladar y/o la lengua se rellena y repone. El área afectada está hinchada y puede sangrar. Durante la **PCL-A** y la **PCL-B** hay una **hiposensibilidad al gusto** (comparada con una pérdida del sentido del gusto con la parálisis facial).

FARINGE Y GARGANTA

CONFLICTO BIOLÓGICO DE LA MUCOSA SUPERFICIAL DE LA FARINGE Y LA GARGANTA:

Como el conflicto vinculado a los dos tercios superiores del esófago a los que se conectan la faringe y la garganta, el conflicto biológico correspondiente a la mucosa superficial de la faringe y la garganta es **“no querer tragar un bocado”**. Figurativamente, esto se refiere a cualquier incidente o situación que uno se niega a aceptar o que se percibe como difícil de “tragar”.



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

FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

ulceración del revestimiento epitelial de la faringe y la garganta proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. **El propósito biológico de la pérdida celular** es ampliar el lumen de la faringe y la garganta para poder eliminar mejor el “bocado” indeseable. La ulceración causa un **dolor de garganta**, explícitamente, un **picor de garganta**.

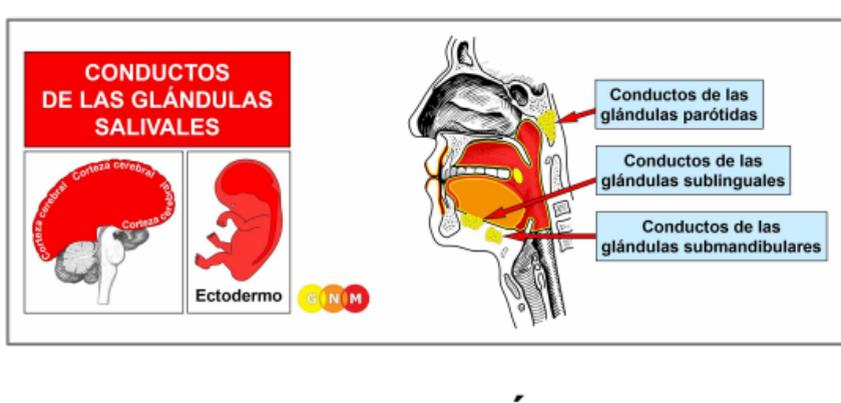
NOTA: Si la mitad derecha o izquierda de la faringe y la garganta está afectada depende de la lateralidad de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. Un conflicto relacionado con una situación afecta a ambas partes.

FASE DE CURACIÓN:

Durante la primera parte de la fase de curación (**PCL-A**) la pérdida de tejido se repone mediante la **proliferación celular**. Los **síntomas de curación** son la **hinchazón** debida al edema (acumulación de líquido), las **dificultades para tragar (una garganta gruesa y tensa)** con dolor (en **PCL-A** y **PCL-B** el dolor no es de naturaleza sensorial sino de dolor por presión). La retención de agua concurrente debida al **SINDROME** incrementa la hinchazón y, por tanto, el dolor. En caso de inflamación, la condición se denomina **faringitis** y suele ir acompañada de fiebre.

Lo que comúnmente se denomina **faringitis estreptocócica** indica que el proceso de curación está asistido por la bacteria estreptococo. Este es generalmente el caso cuando la ulceración que toma lugar en la fase de conflicto activo llega a lo más profundo del tejido epitelial.

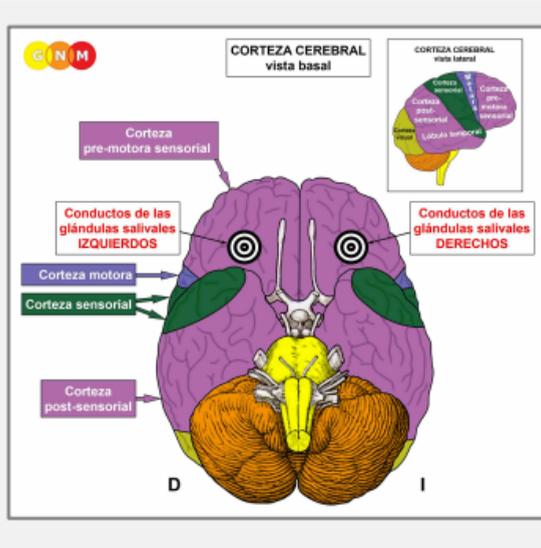
NOTA: Todas las Crisis Epileptoides que se controlan desde la **corteza sensorial, post-sensorial o pre-motora sensorial** se acompañan de **problemas circulatorios, mareos, breves alteraciones de la conciencia** o una completa **pérdida de la conciencia** (desmayo o “ausencia”), dependiendo de la intensidad 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 (comparada con la hipoglucemia relacionada con las células de los islotes del páncreas).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS CONDUCTOS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES:

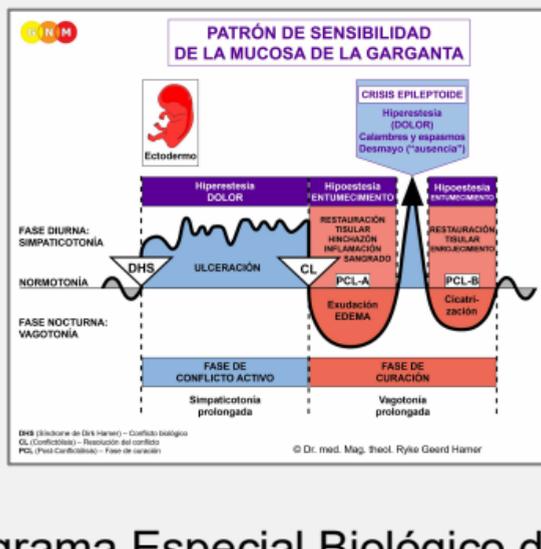
La saliva, producida en las glándulas salivales (glándulas sublinguales, glándulas submandibulares, glándulas parótidas) llega a la cavidad oral a través de los conductos de las glándulas salivales. La función hidratante de la saliva permite insalivar el “bocado de comida” para que pueda pasar fácilmente de la boca al esófago. El revestimiento de los conductos de las glándulas salivales consta de epitelio escamoso, se origina del

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



NIVEL CEREBRAL: El revestimiento epitelial de los conductos de las glándulas salivales se controla desde la **corteza pre-motora sensorial** (parte de la corteza cerebral). Los conductos salivales derechos se controlan desde el lado izquierdo de la corteza; los conductos salivales izquierdos se controlan desde el hemisferio cortical derecho (fronto-lateral-basal). Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

CONFLICTO BIOLÓGICO: En base al papel de la saliva en la insalivación de los alimentos, el conflicto biológico vinculado a los conductos de las glándulas salivales es **“no poder comer”** o **“no tener permitido comer”**. Los niños experimentan el conflicto cuando no consiguen un “bocado de comida” deseado (chocolate, helado, caramelo), pero también los adultos, especialmente las mujeres, cuando no se permiten comer para perder peso. Las personas que siguen dietas estrictas, incluidos los diabéticos, son más susceptibles de sufrir el conflicto.



El Programa Especial Biológico de los **conductos de las glándulas salivales** sigue el **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LA MUCOSA DE LA GARGANTA** con hipersensibilidad durante la fase de conflicto activo y la Crisis Epileptoide e hiposensibilidad en la fase de curación.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **ulceración en el o los conductos de las glándulas salivales** proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. El **propósito biológico de la pérdida celular** es ensanchar los conductos para que pueda llegar más saliva a la boca y facilitar la insalivación de los alimentos. **Síntoma: dolor** que va de leve a severo.

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. Con la retención de agua concurrente (el SÍNDROME) el incremento de la hinchazón podría obstruir los conductos de las glándulas salivales causando **parotitis**, o **paperas**. Las paperas no son sólo una “enfermedad de niños”, sino que también afectan a adolescentes y adultos. La teoría de que los hombres que “contraen paperas” después de la pubertad corren el riesgo de desarrollar orquitis, una inflamación de los testículos, no tiene ninguna base científica. Además, la existencia de un “virus de las paperas” nunca se ha demostrado.

NOTA: Si los conductos de la glándula salival derecha o izquierda están afectados depende de la lateralidad de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.



Las PAPERAS se desarrollan en la fase de curación de “no poder o no tener permitido o no querer comer” con hinchazón en los conductos de la glándula parótida o de “no poder atrapar un bocado” (lado derecho) o “no poder eliminar un bocado” (lado izquierdo) que involucra a la glándula parótida.

Esta imagen muestra a la estrella de hockey Sidney Crosby, de los Pingüinos de Pittsburgh, con paperas (parotitis) en el lado derecho. La angustia de no poder coger el “bocado del disco” (por ejemplo, no estar en la alineación para jugar un partido) es un posible

escenario de conflicto.

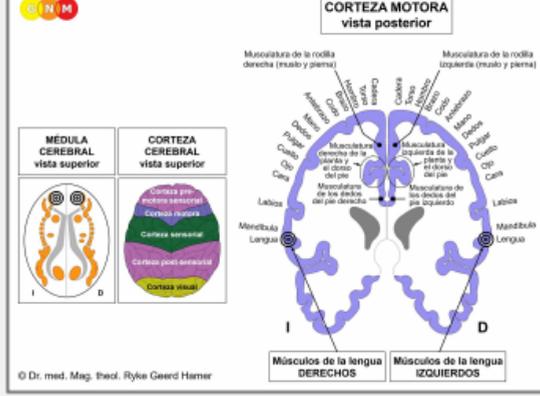
La prolongación de la curación debido a las continuas recaídas conflictivas da lugar a una obstrucción permanente del flujo de saliva causando **sequedad en la boca**. Esta condición se denomina **síndrome de Sjögren** o de **Sicca** (ved también sequedad bucal relacionada con la submucosa bucal y Sjögren relacionada con la sequedad ocular). La medicina convencional sostiene que el Sjögren está relacionado con un nivel bajo de estrógenos, ya que afecta predominantemente a las mujeres después de la menopausia. Sin embargo, ¡No todas las mujeres posmenopáusicas tienen Sjögren! Desde el punto de vista de la GNM, el incremento de la tasa del “síndrome de la sequedad bucal” no está relacionado en absoluto con el nivel hormonal de una mujer, sino más bien con la dieta-manía actual y con el hecho de que cada vez más mujeres experimentan la angustia de “no poder comer”. La teoría de que el Sjögren es una enfermedad autoinmune, que sugiere que el sistema inmunitario del cuerpo ataca “por error” a sus propias células corporales, carece de sentido a la luz de las Cinco Leyes Biológicas.

Un **cálculo del conducto de la glándula salival** es una estructura calcificada que se forma en el interior de un conducto de la glándula salival (en la glándula sublingual o en la glándula submandibular) como resultado de una curación pendiente. Un cálculo grande también puede bloquear el flujo de saliva en la boca.

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).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS DE LA LENGUA: La lengua es un órgano muscular cubierto por una submucosa endodérmica y una mucosa superficial ectodérmica. La lengua recubre los alimentos con saliva, ayuda a masticar y a empujar los alimentos hacia la faringe, desde donde pasan por el esófago al tracto gastrointestinal. Además de la masticación y la deglución, la lengua también ayuda a hablar y a formar palabras. La lengua consta de músculos estriados, se origina del mesodermo nuevo y, por lo tanto, se controla desde la médula cerebral y la corteza motora.



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

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a los músculos de la lengua es “**no poder apartar la lengua**” (contacto con líquidos calientes o alimentos calientes) o “**no poder mover la lengua**”. Un procedimiento odontológico difícil o una intubación podrían causar esta angustia relacionada con la lengua; también, el abuso sexual (sexo oral, besos forzados con la lengua). Teniendo en cuenta la función de la lengua en la articulación y el habla, no poder hablar o no tener permiso para hablar (para sacar una palabra de la lengua) también puede desencadenar el conflicto. El músculo de la masticación se relaciona con el conflicto de

“no poder masticar” (por ejemplo, con aparatos o prótesis dentales).

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: pérdida celular (necrosis) del tejido muscular de la lengua (controlada desde la médula cerebral) y, proporcionalmente al grado de actividad conflictiva, **parálisis** creciente de los músculos de la lengua (controlada desde la corteza motora) que afecta al habla y a la deglución (ved también accidente cerebrovascular y parálisis de la lengua). Si el lado derecho o izquierdo de la lengua está afectada, depende de la lateralidad de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.

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

FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación se reconstruye el tejido muscular de la lengua. La parálisis llega hasta la PCL-A. Después de la Crisis Epileptoide, durante la PCL-B, la función de la lengua vuelve a la normalidad.

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

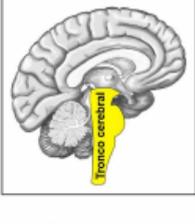


Esta TC cerebral presenta un Foco de Hamer en la fase de cicatrización (PCL-B). La acumulación de neuroglia (visible en blanco) en el área de la corteza motora que controla el músculo de la mitad derecha de la lengua (ved el diagrama de la GNM) indica que el conflicto relacionado con la lengua se ha resuelto. En la medicina convencional, la acumulación de glía se asume erróneamente que es un “tumor cerebral”.

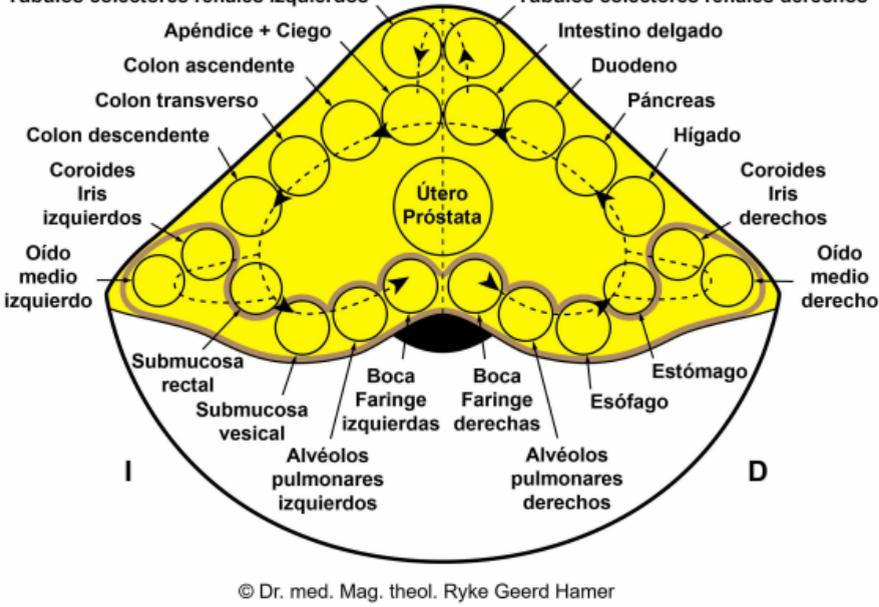
Fuente: www.learninggnm.com

© LearningGNM.com

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

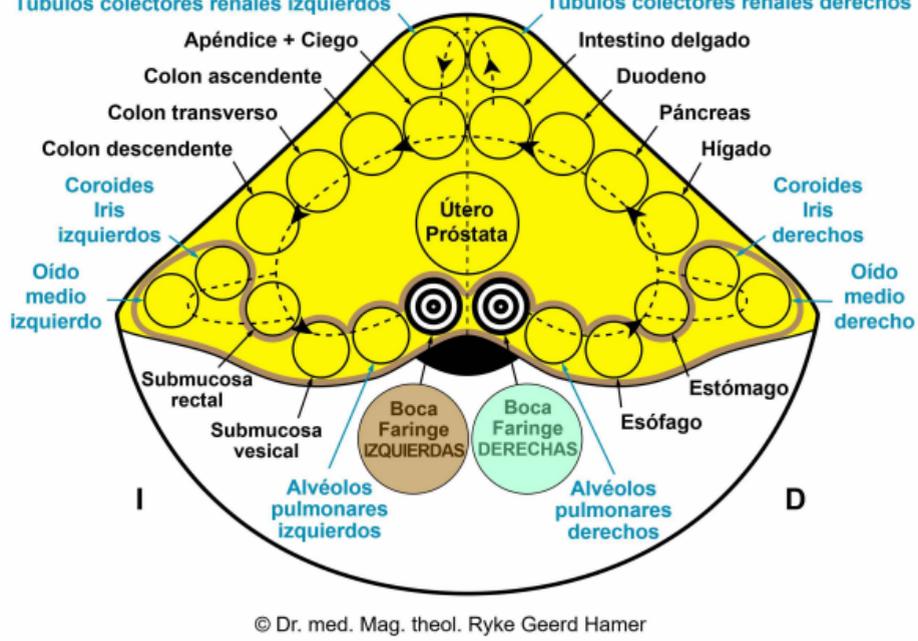


RELACIÓN TRONCO CEREBRAL – ÓRGANO



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

TRONCO CEREBRAL
vista superior



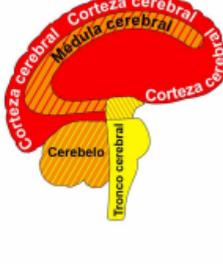
CONFLICTO PENDIENTE



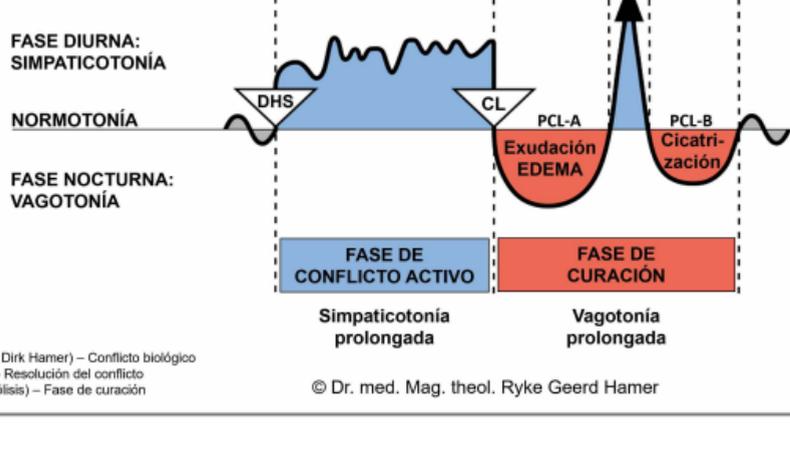
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

CL (Conflicto) – Resolución del conflicto

G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA



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



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

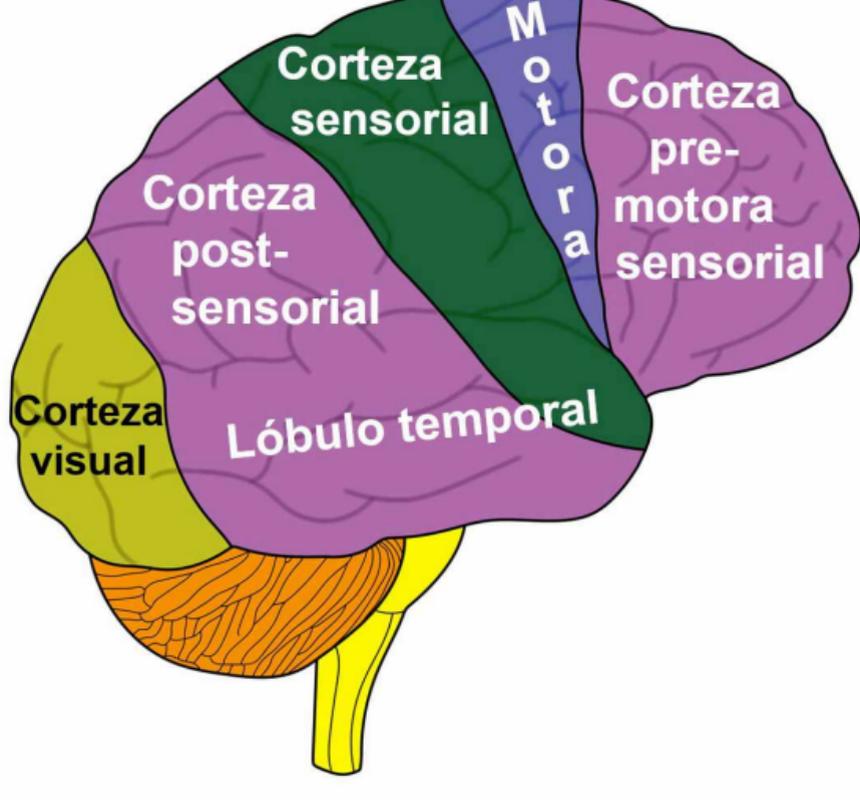
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



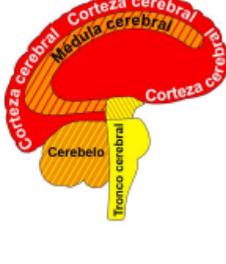


CORTEZA CEREBRAL

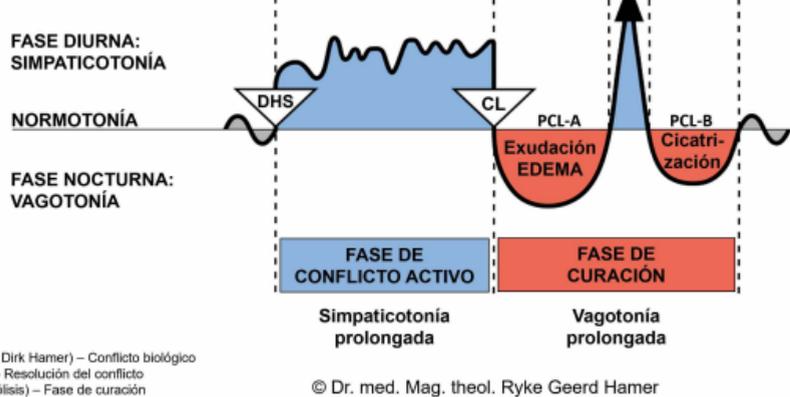
vista lateral



G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA



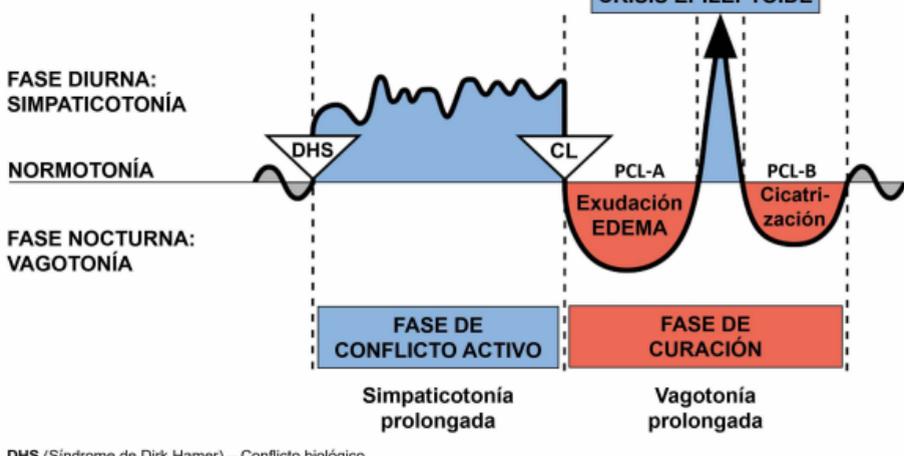
Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



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

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

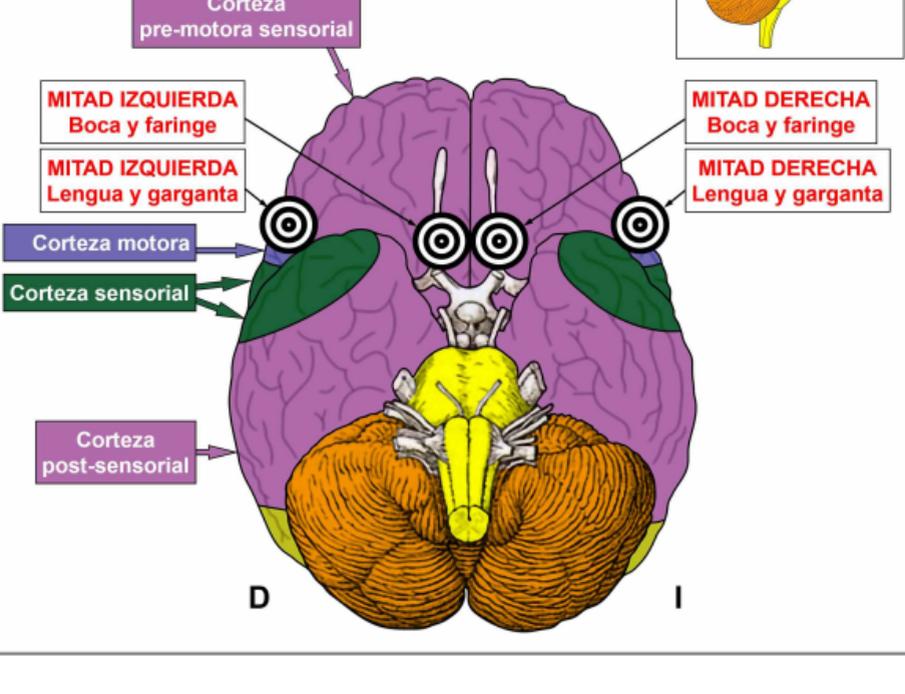
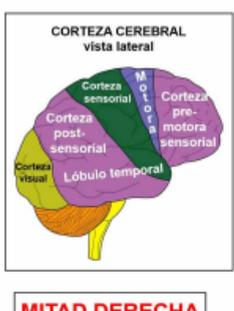
PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO



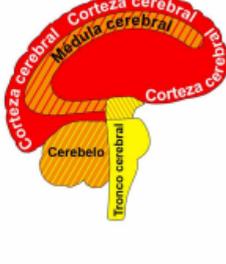
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

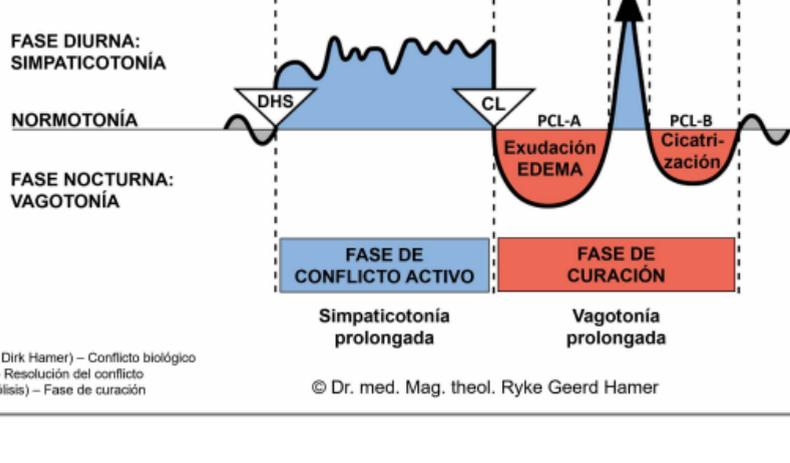
CORTEZA CEREBRAL vista basal



G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA



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

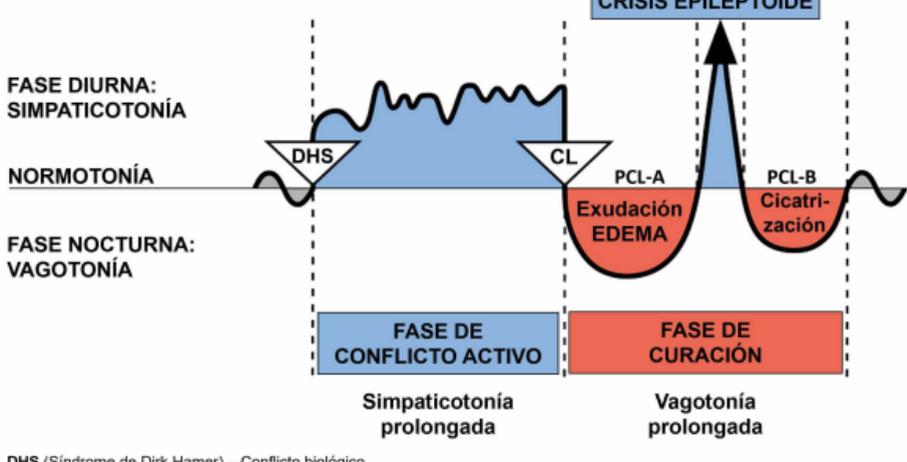


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

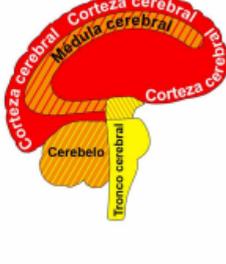
PATRÓN BIFÁSICO



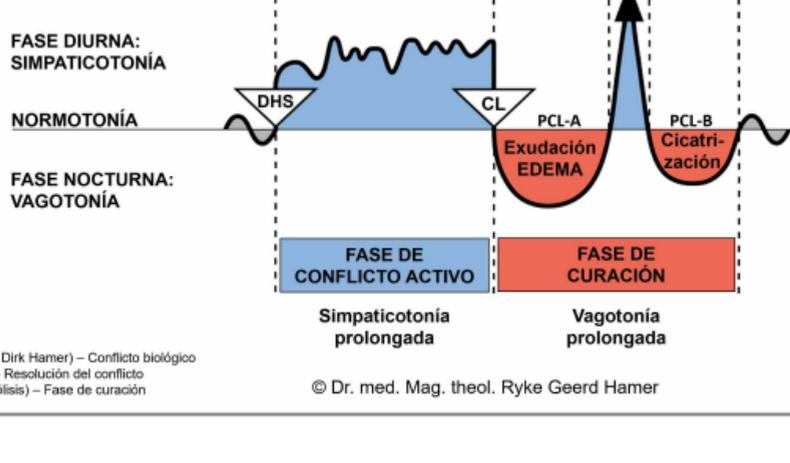
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA



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

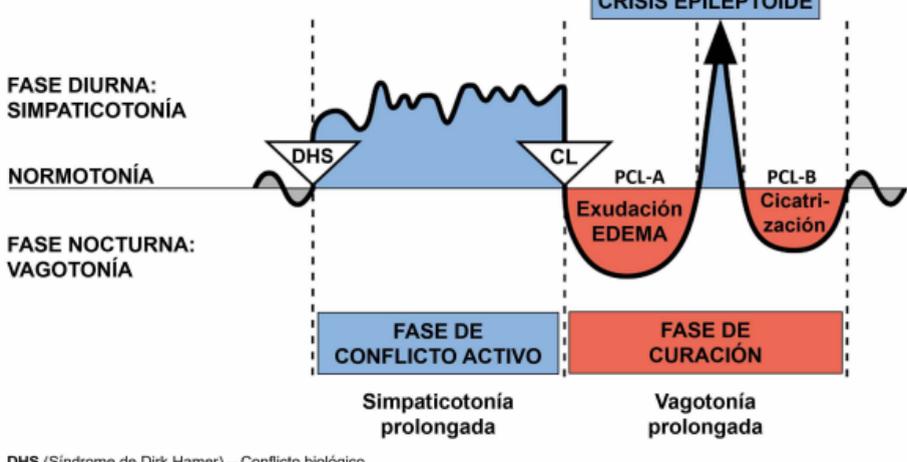


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

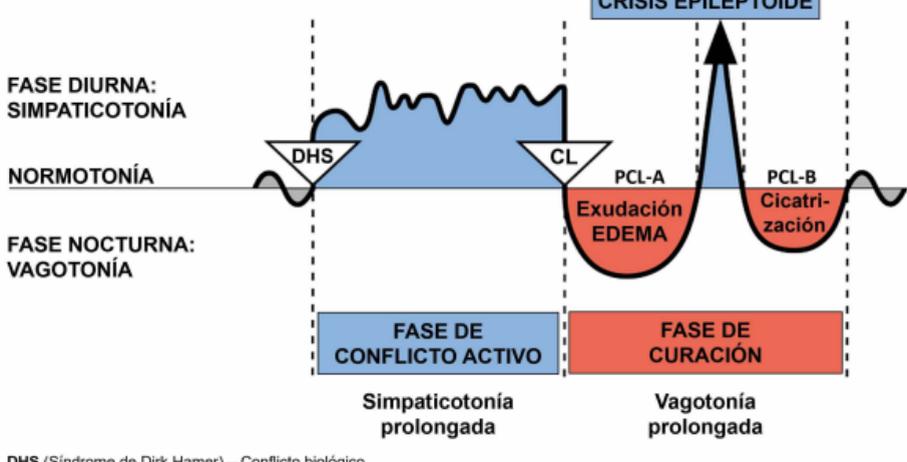
CL (Conflicto) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

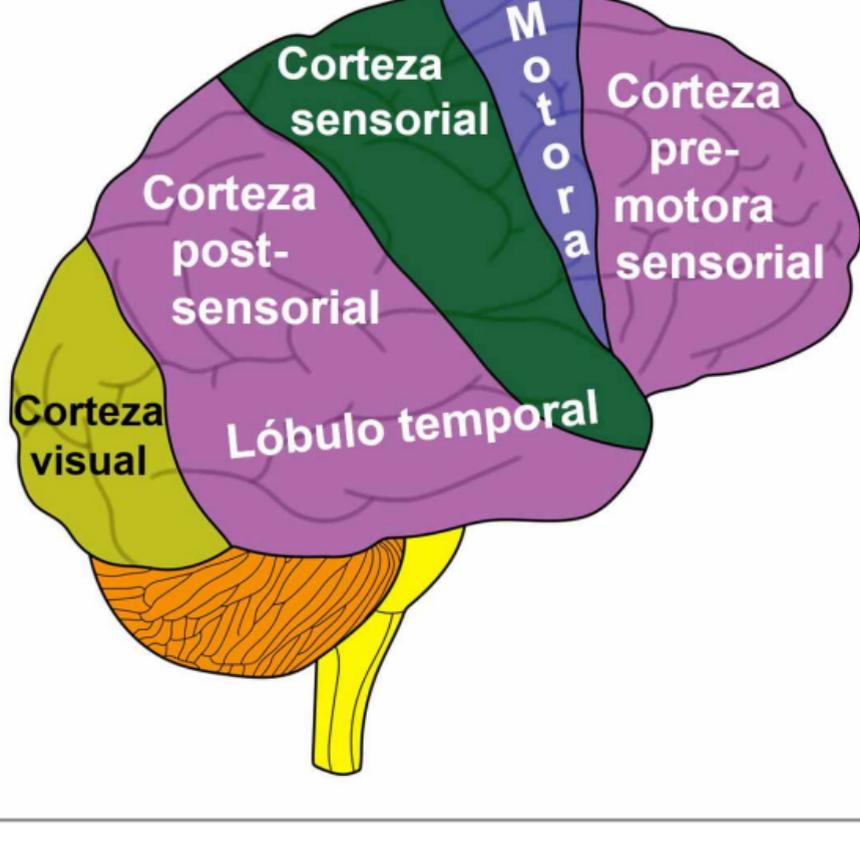
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

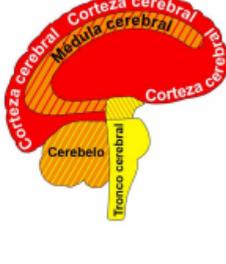
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

CORTEZA CEREBRAL

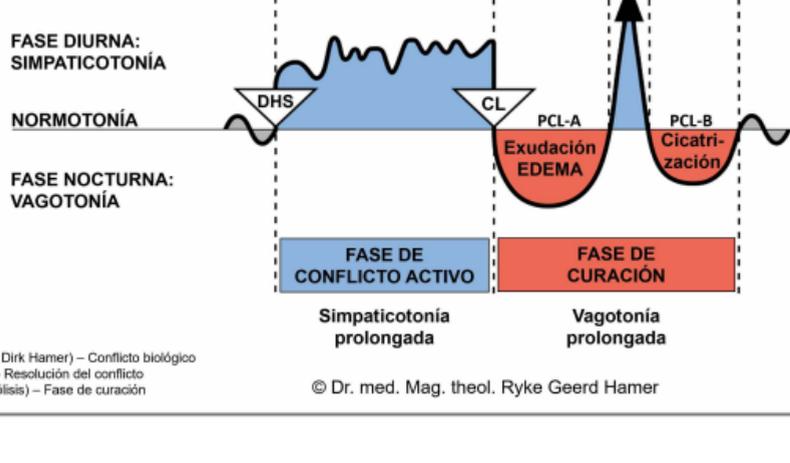
vista lateral



G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA



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

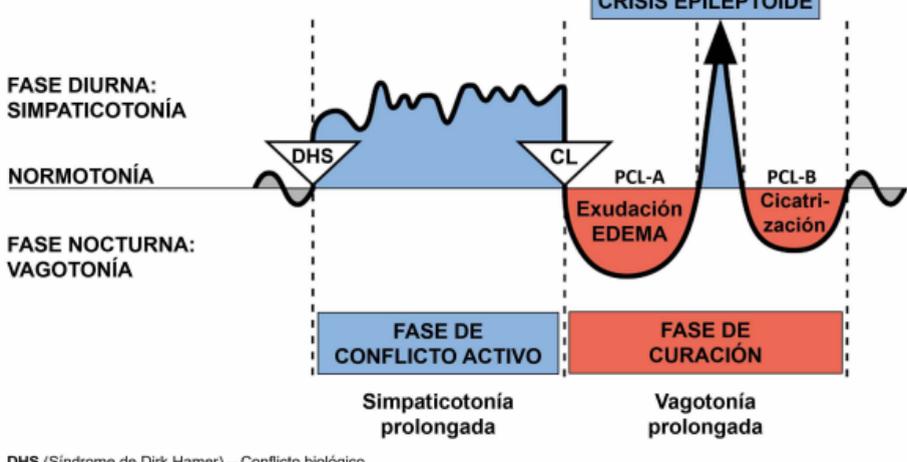


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

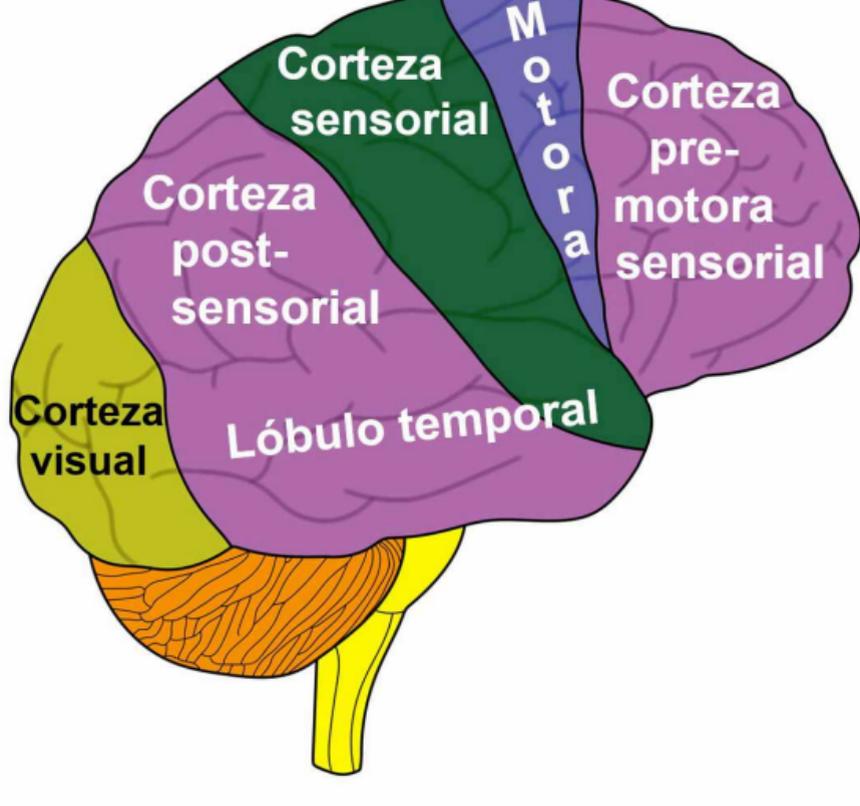
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

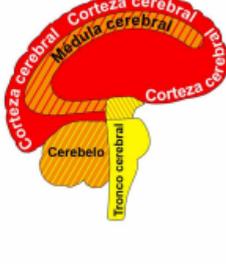
CORTEZA CEREBRAL

vista lateral

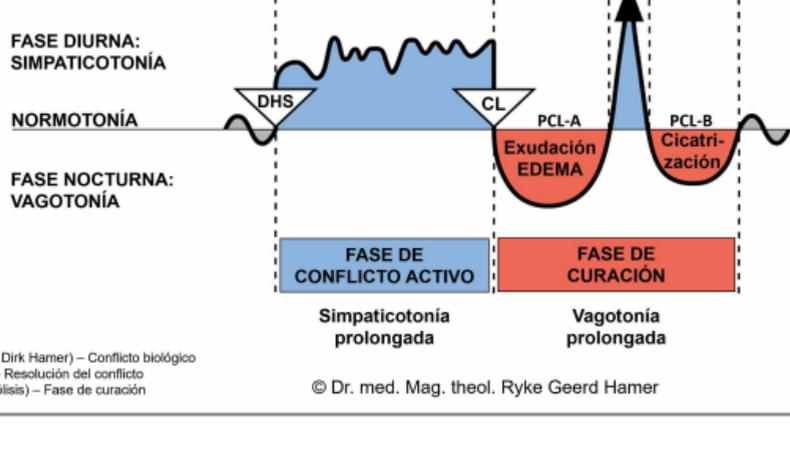


El homúnculo es una representación de diferentes divisiones anatómicas del cuerpo.

G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA



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



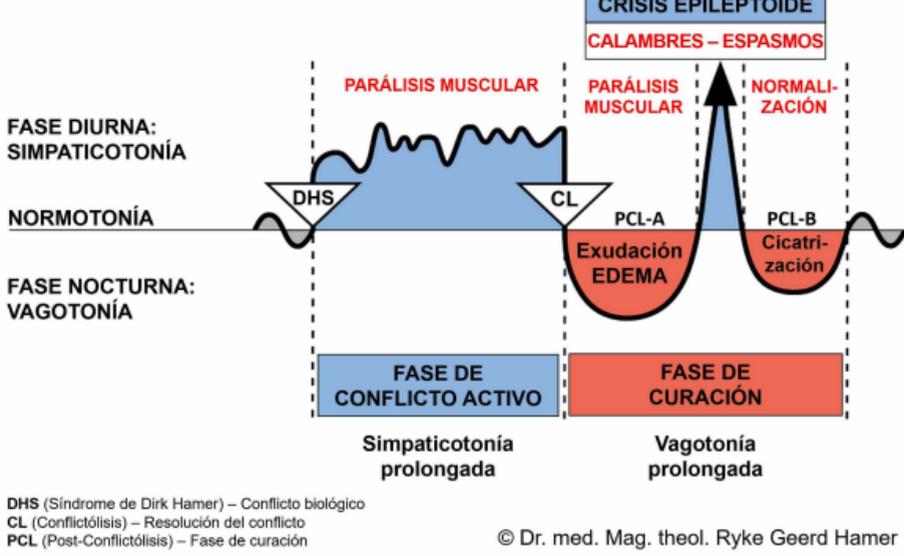
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

MÚSCULOS ESTRIADOS



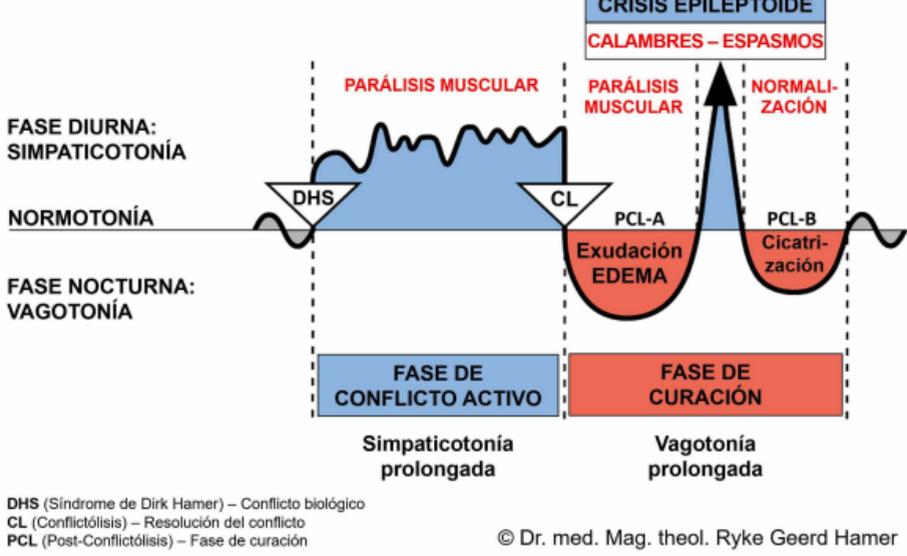
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

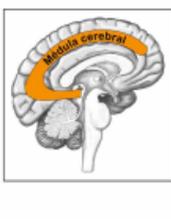
PATRÓN BIFÁSICO

MÚSCULOS ESTRIADOS

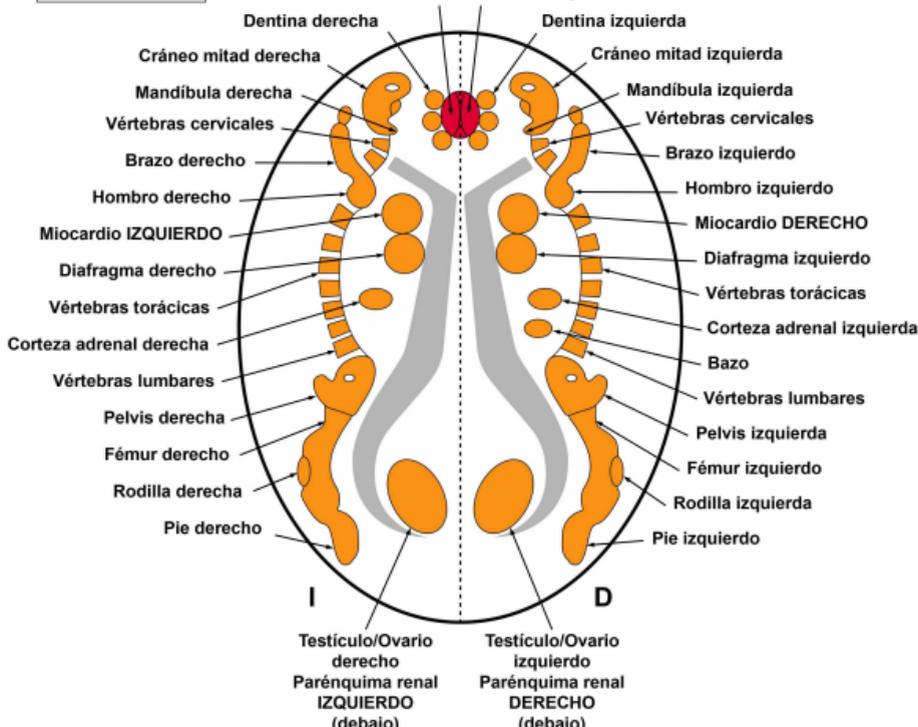


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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



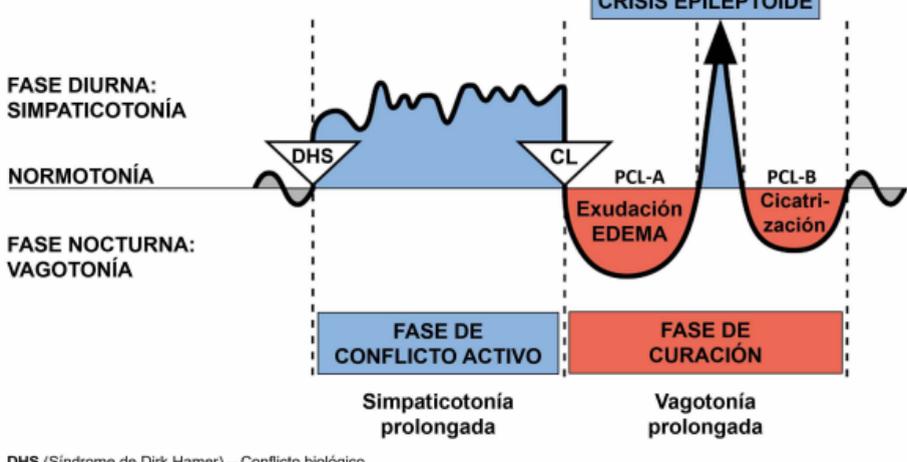
RELACIÓN MÉDULA CEREBRAL – ÓRGANO



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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

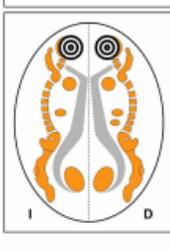


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

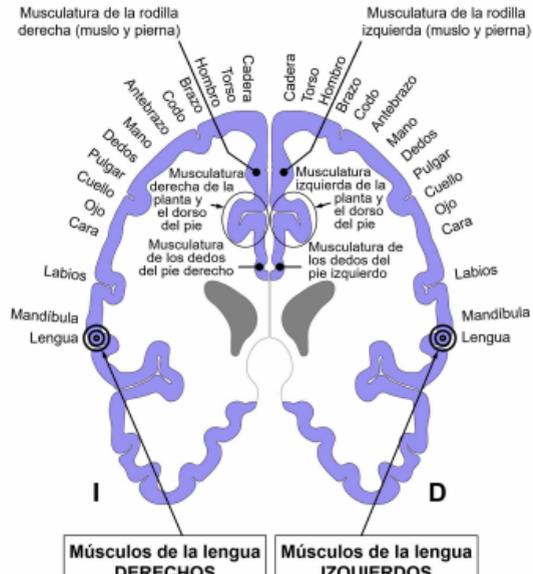
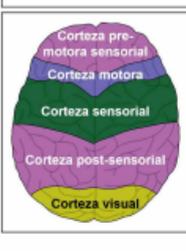
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

CORTEZA MOTORA
vista posterior

MÉDULA CEREBRAL
vista superior



CORTEZA CEREBRAL
vista superior



Músculos de la lengua DERECHOS

Músculos de la lengua IZQUIERDOS