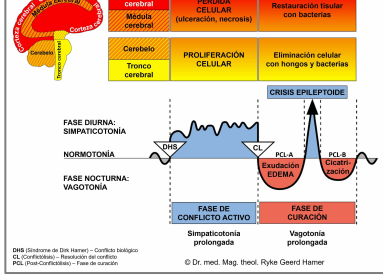




PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

TIROIDES

escrito por Caroline Markolin,
Ph.D.

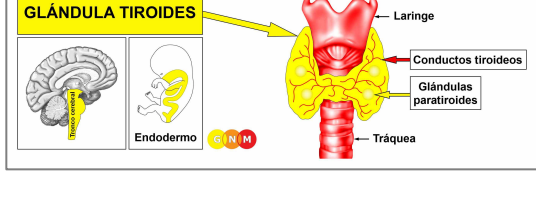


Glándula tiroides

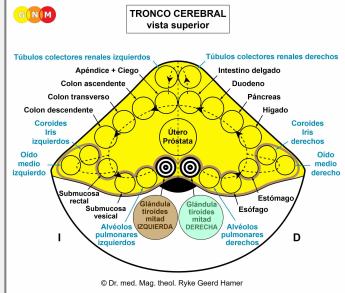
Glándulas paratiroides

Conductos tiroideos

Rev. 1.04



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA GLÁNDULA TIROIDES: La glándula tiroides está situada en la parte frontal de la parte inferior del cuello debajo de la laringe con un lóbulo a cada lado de la tráquea. Originalmente, la glándula tiroides estaba ubicada en la **orofaringe** desde donde descendió hasta su posición final, siguiendo un camino a través de la lengua y el cuello. Esta conexión se conoce como el **conducto tirogloso**. La función principal de la tiroides es la producción de tiroxina (cualidad secretora), una hormona que regula la velocidad a la que los nutrientes se convierten en energía (ved glándula pituitaria, TSH-hormona estimulante de la tiroides). Inicialmente, la tiroides era una glándula exocrina que excretaba hormonas en la sección entrante y saliente del intestino para facilitar la ingestión de alimentos y la eliminación de heces. Después de que la garganta se abrió, la tiroides se convirtió en una glándula endocrina que libera tiroxina directamente al torrente sanguíneo. La glándula tiroides 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 glándula tiroides tiene 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.

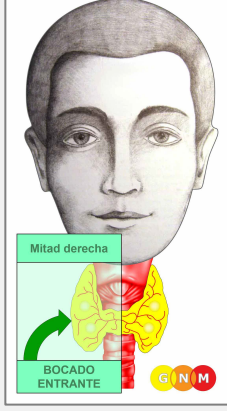
La mitad derecha de la glándula tiroides se controla desde el lado derecho del tronco cerebral; la mitad izquierda se controla desde el hemisferio izquierdo del tronco cerebral. No existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

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

CONFLICTO BIOLÓGICO: Consistente con su papel en la digestión, el conflicto biológico ligado a la glándula tiroides es un **“conflicto de bocado”** (comparad con el “conflicto de bocado” relacionado con las glándulas paratiroides, boca y faringe, estómago, duodeno, glándula páncreas, intestino delgado y colon).

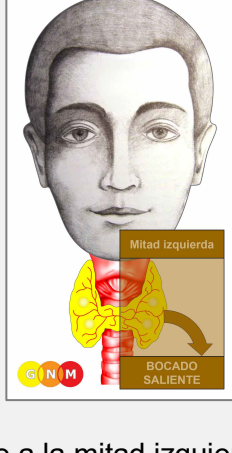
En línea con el razonamiento evolutivo, los **conflictos de bocado** son la temática principal de conflicto asociada con los **órganos controlados por el tronco cerebral** que derivan del endodermo.

MITAD DERECHA DE LA GLÁNDULA TIROIDES



Equivalente a la mitad derecha de la boca y faringe, el conflicto ligado al **lóbulo derecho de la tiroides** se relaciona con un “**bocado entrante**” y con “**no ser lo suficientemente rápido para atrapar un bocado**”. Este “bocado” se refiere, por ejemplo, a un trabajo, un puesto, un ascenso, un contrato, un negocio o una compra que uno desea con fuerza pero que es demasiado lento para “agarrar”. El “bocado” esperado también podría relacionarse con una persona a la que uno es demasiado lento para “atrapar” o “conseguir”.

MITAD IZQUIERDA DE LA GLÁNDULA TIROIDES



Equivalente a la mitad izquierda de la boca y faringe, el conflicto ligado al **lóbulo izquierdo de la tiroides** se relaciona con un “**bocado saliente**” y con “**no ser lo suficientemente rápido para eliminar un bocado**”

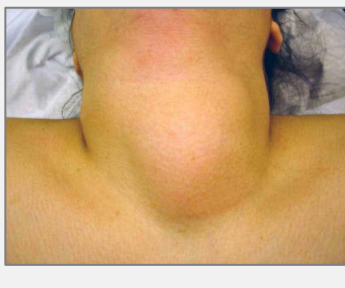
(originalmente, el bocado de heces).

Esto podría ser un trabajo final, cualquier tipo de mercancía, existencias defectuosas o una persona (inquilino, empleado, socio comercial) de la que uno fue demasiado lento para “deshacerse”. Una disculpa o una propuesta que se expresó demasiado tarde también puede evocar este tipo de conflicto de “bocado”.

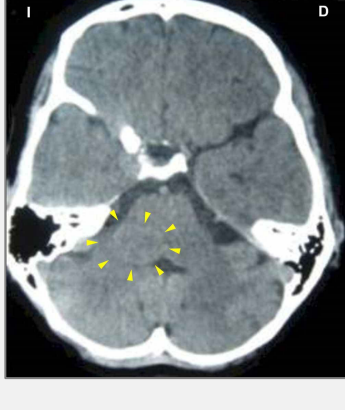
Personas que están impulsadas a “ir por faena”, que tienen profesiones y actividades que involucran competencia (gerentes de negocios, agentes de ventas, proveedores, atletas y competidores deportivos), que están bajo presión de fecha límite (periodistas, fabricantes) o presión constante para “mantenerse a flote” (dos trabajos, madres solteras) son más susceptibles a experimentar el conflicto. Los niños y adolescentes sufren conflictos de tiroides cuando son empujados por un padre, un maestro o un entrenador (“¡Eres demasiado lento!”).

FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, las células de la glándula tiroides proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es mejorar la secreción de tiroxina para que el individuo se vuelva más rápido para atrapar el bocado deseado (mitad derecha de la tiroides) o para deshacerse de un bocado no deseado (mitad izquierda de la tiroides). Esto causa una **tiroides hiperactiva** o **hipertiroidismo**. Debido a la potenciada producción de tiroxina, las personas con tiroides hiperactiva a menudo están sobreexcitadas, nerviosas, irritables y tienen problemas para dormir. La alta presión sanguínea típicamente se aísla a la hipertensión sistólica (comparad con la hipertensión relacionada con el miocardio derecho y el parénquima renal). El nódulo que aparece durante la fase de conflicto activo generalmente se denomina “nódulo caliente” (comparad con el “nódulo frío” relacionado con los conductos tiroideos).



Con una actividad conflictiva persistente, el crecimiento (tipo secretor) creado por el continuo aumento celular forma un **estruma duro** o **bocio** (comparad con el estruma eutiroideo relacionado con los conductos tiroideos). El agrandamiento de la tiroides podría causar dificultades respiratorias debido a la presión sobre la tráquea. Una gran hinchazón con proliferación celular profusa podría diagnosticarse como un **cáncer de tiroides**.



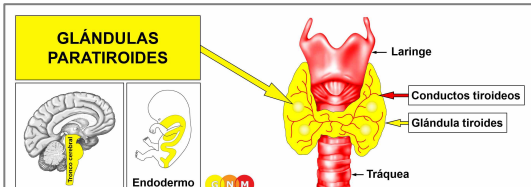
Este escáner de TC resalta el área del tronco cerebral desde donde se controla la glándula tiroides izquierda ([ved el diagrama de la GNM](#)). La configuración de nítido anillo del Foco de Hamer indica actividad conflictiva y, por lo tanto, una tiroides hiperactiva.

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** debido a la hinchazón, **dificultades para respirar y tragar**, y **sudores nocturnos**. Si el proceso de curación va acompañado de una inflamación, esto causa **tiroiditis**.

Con la compleción de la fase de curación, el nivel de tiroxina vuelve a la normalidad. Sin embargo, con una curación pendiente, es decir, cuando la curación se interrumpe continuamente por recaídas conflictivas, el proceso de descomposición prolongado da como resultado una pérdida de tejido de la glándula tiroides que causa una **tiroides hipoactiva** crónica o **hipotiroidismo**, también denominado **enfermedad de Hashimoto**. Es una creencia generalizada que el hipotiroidismo es causado por la deficiencia de yodo. Sin embargo, esta teoría no puede explicar por qué se ve afectado el lóbulo tiroideo derecho o izquierdo, o ambos. Los **síntomas** de una tiroides hipoactiva son **fatiga y baja energía**, ya que la producción insuficiente de tiroxina ralentiza el metabolismo del cuerpo (ved también la fase de curación de los conductos tiroideos). En este caso, es aconsejable suplementar la tiroxina.

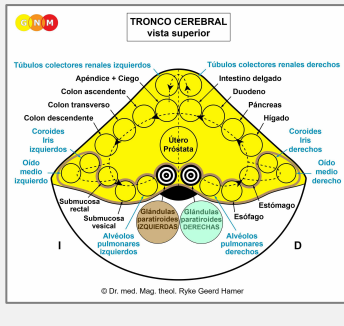
NOTA: ¡El hipotiroidismo siempre va precedido por el hipertiroidismo!

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 de la glándula tiroides no se pueden descomponer. Consecuentemente, el crecimiento o bocio se queda **manteniendo la sobreproducción de tiroxina** con **hipertiroidismo persistente**, aunque el conflicto se haya resuelto (ved también glándulas paratiroides, glándula páncreas, glándula adrenal, glándula próstata). Para normalizar la producción de tiroxina, es posible que deba considerarse la cirugía.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES: Las glándulas paratiroides son dos pares de glándulas pequeñas ubicadas en la parte posterior de la glándula tiroides. Su función principal es secretar una hormona (PTH-hormona paratiroidea) que ayuda a mantener el nivel adecuado de calcio (cualidad secretora), un mineral esencial para la contracción muscular. Al igual que la glándula tiroides, las glándulas paratiroides eran originalmente glándulas exocrinas que excretaban en el intestino. Hoy en día, son glándulas endocrinas que liberan sus hormonas directamente en el torrente sanguíneo. Las glándulas

paratiroides constan de epitelio cilíndrico intestinal, se originan del endodermo y, por lo tanto, se controlan desde el tronco cerebral.



NIVEL CEREBRAL: En el **tronco cerebral**, las glándulas paratiroides 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.

Las glándulas paratiroides derechas se controlan desde el lado derecho del tronco cerebral; las glándulas paratiroides izquierdas se controlan desde el hemisferio izquierdo del tronco cerebral. No existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

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

CONFLICTO BIOLÓGICO: Según la función de las glándulas paratiroides, el conflicto biológico correspondiente es un **“conflicto de bocado”** (comparad con el “conflicto de bocado” relacionado con la glándula tiroides, boca y faringe, estómago, duodeno, glándula páncreas, intestino delgado y colon).

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.

GLÁNDULAS PARATIROIDES

DERECHAS: Equivalente a la mitad derecha de la boca y faringe, el conflicto ligado a las glándulas paratiroides derechas se relaciona con un **“bocado entrante”** y con **“no poder atrapar un bocado”** debido a un bajo nivel de calcio que limita la contracción muscular necesaria para ingerir un bocado de comida.

GLÁNDULAS PARATIROIDES

IZQUIERDAS: Equivalente a la mitad izquierda de la boca y faringe, el conflicto ligado a las glándulas paratiroides izquierdas se relaciona con un **“bocado saliente”** y con **“no poder eliminar un bocado”** debido a un bajo nivel de calcio que limita la contracción muscular necesaria para eliminar un bocado.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

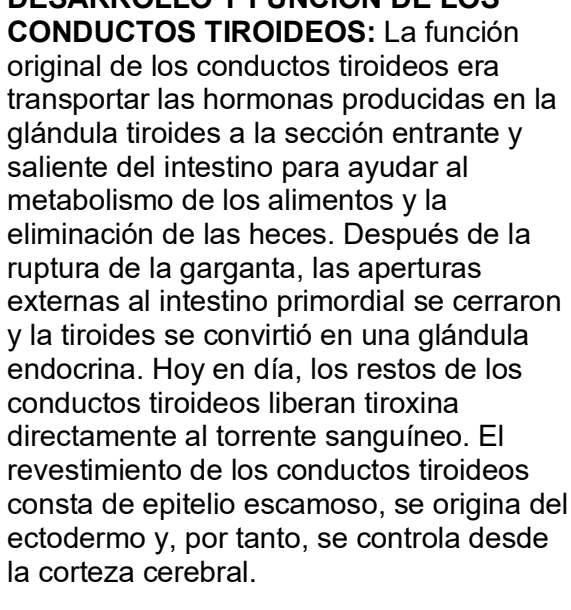
Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo las células de las glándulas paratiroides proliferan causando una **sobreproducción de PTH** o **hiperparatiroidismo** con el **propósito biológico** de aportar al organismo más calcio para mejorar la contracción muscular para que el bocado pueda ser mejor absorbido (glándulas derechas) o eliminado (glándulas izquierdas). Consecuentemente, el nivel de calcio en sangre se incrementa causando **hipercalcemia** (comparad con la hipercalcemia relacionada con los huesos). En la medicina convencional, un gran crecimiento de las glándulas paratiroides podría diagnosticarse como **cáncer de paratiroides**.

NOTA: La PTH-hormona paratiroidea extrae el calcio necesario de los huesos. Sin embargo, esto no causa osteoporosis, ya que la PTH asegura al mismo tiempo que el exceso de calcio no se excrete por la micción, sino que se transporte de vuelta al organismo.

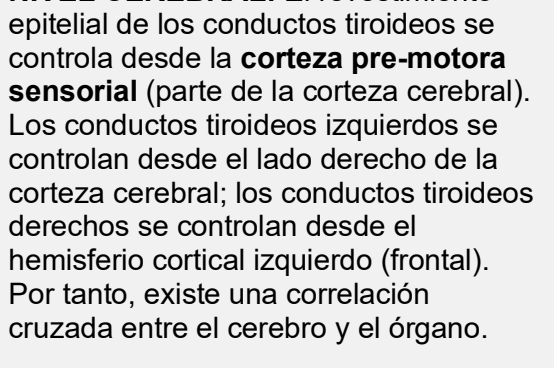
FASE DE CURACIÓN: Después de la resolución del conflicto (**CL**), los hongos o micobacterias como la bacteria de la tuberculosis (TB) eliminan las células que ya no son necesarias. Este proceso va acompañado de **sudores nocturnos**.

Con la compleción de la fase de curación, el nivel de PTH vuelve a la normalidad. Sin embargo, con una curación pendiente, cuando la curación se interrumpe continuamente por recaídas conflictivas, la actividad bacteriana prolongada conduce a una pérdida de tejido de la glándula paratiroidea causando **hipoparatiroidismo** crónico con constantes bajos niveles de calcio. En este caso es aconsejable la suplementación.

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 no se pueden descomponer causando **hiperparatiroidismo persistente** (ved también glándula tiroides, glándula páncreas, glándula adrenal, glándula próstata). Para normalizar la producción de PTH, es posible que deba considerarse la cirugía.

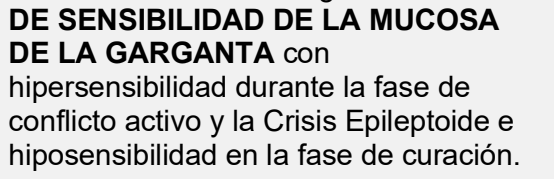


NOTA: Los conductos filaricos son descendientes de los arcos faríngeos (ved también arterias coronarias, venas coronarias, aorta, arterias carótidas y arterias subclavias que derivan de las **arterias del arco faríngeo**). En el embrión, los arcos faríngeos o arcos branquiales dan lugar a estructuras de la cabeza y el cuello (ved también conductos faríngeos).



NOTA: Los conductos tiroideos y los conductos faríngeos comparten los mismos relés cerebrales. El DHS afecta a uno de los tejidos o a ambos, dependiendo de la intensidad del conflicto.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a los conductos tiroideos es un **conflicto de impotencia** femenino o un **conflicto de miedo-frontal** masculino, según el género, la lateralidad y el estado hormonal de una persona (ved también Constelación Frontal). Un conflicto de impotencia se experimenta como sentirse impotente (“no hay nada que pueda hacer al respecto”, “tengo las manos atadas”) o como no tener el control de una situación. En general, el conflicto se relaciona con cualquier tipo de imposición, control externo o decisión que se tome por encima de la propia cabeza.



FASE DE CONFLICTO ACTIVO:

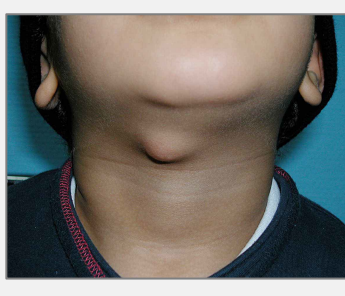
[ulceración en el revestimiento del conducto tiroideo afectado](#) proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. El **propósito biológico de la pérdida celular** es ensanchar el conducto para suministrar al organismo más tiroxina; esto proporciona al individuo más energía para resolver el conflicto. **Síntomas: dolor** leve a severo, según la intensidad del conflicto. Dado que el lumen del conducto tiroideo se agranda, el nivel de tiroxina se eleva ligeramente durante la fase de conflicto activo. Sin embargo, esto no debe confundirse con el hipertiroidismo porque la producción de tiroxina en la glándula tiroides no cambia.

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** debida al edema (acumulación de fluido). En la medicina convencional, la mitosis celular a menudo se diagnostica como **cáncer de tiroides papilar** o **carcinoma papilar**.

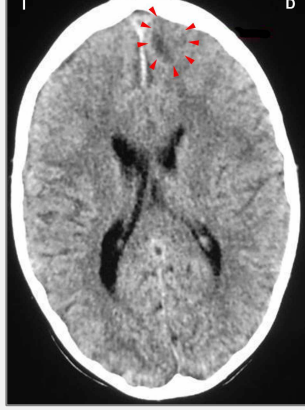
Cuando la hinchazón ocluye un conducto tiroideo, ingresa menos tiroxina al torrente sanguíneo, aunque la glándula tiroides produce la hormona en cantidad suficiente. Según el Dr. Hamer, el disminuido suministro de tiroxina al cuerpo nunca es tan severo como con el hipotiroidismo y una crónica reducción de las células productoras de tiroxina.

Dado que los conductos tiroideos no tienen una apertura externa, se forma un quiste como resultado de la acumulación de fluido en el conducto afectado. El crecimiento se conoce comúnmente como un “nódulo frío” (comparad con el “nódulo caliente” relacionado con la glándula tiroides). Un quiste tiroideo grande se llama **estruma eutiroides** o **bocio** (comparad con el bocio relacionado con la glándula tiroides).

Los quistes tiroideos están ubicados hacia el medio (medianamente) en el lado derecho o izquierdo del cuello (comparad con los quistes en los conductos faríngeos ubicados lateralmente). Si no hay recaídas conflictivas, la hinchazón retrocede en el curso del proceso de curación. Sin embargo, con una curación pendiente, el quiste permanece hasta que se completa la curación.



Los quistes tiroglosos se desarrollan en el [conducto tirogloso](#) que conecta la glándula tiroides con la base de la lengua.

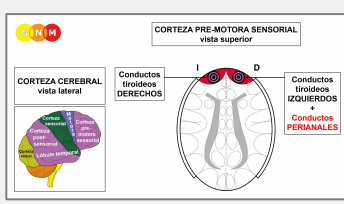


Esta TC cerebral presenta un Foco de Hamer en el lado derecho de la corteza cerebral, precisamente, en el área desde donde se controlan los conductos tiroideos izquierdos y el conducto tirogloso ([ved el diagrama de la GNM](#)). La pequeña acumulación de fluido, que se muestra como oscura, indica el comienzo de la [PCL-A](#).



Una **fístula tiroidea** es una apertura externa de un conducto tiroideo causada por la ruptura de un quiste tiroideo (estruma eutiroides) con fluidos que se vacían hacia afuera. Un quiste tiroideo puede romperse, por ejemplo, cuando se retienen grandes cantidades de agua en el quiste debido al SÍNDROME o como resultado de continuas recaídas conflictivas que prolongan el proceso de curación. Sin embargo, una fístula solo se crea cuando los conductos tiroideos derechos se ven afectados, ya que están ubicados más cerca de la piel. Esto explica por qué siempre se forma

una fístula tiroidea en el lado derecho del cuello.



En el cerebro, los conductos tiroideos derechos, donde la fístula ocurre, se controlan desde el hemisferio cortical izquierdo exactamente opuesto al relé cerebral de los conductos tiroideos izquierdos y los conductos perianales. He aquí el motivo: originalmente, antes de que se abriera la garganta, la tiroides era una glándula exocrina que liberaba tiroxina en ambas secciones del intestino. Los conductos tiroideos derechos (controlados desde el lado izquierdo del cerebro) excretaban en la sección entrante (hoy en día, boca y faringe, esófago, estómago y duodeno, intestino delgado) para ayudar a la digestión de los alimentos; los conductos tiroideos izquierdos (controlados desde el lado derecho del cerebro) excretaban en la sección saliente (el recto actual) para acelerar la eliminación de las heces. Sin embargo, cuando la garganta se abrió, partes de los conductos tiroideos izquierdos permanecieron en el recto. Estos residuos son los conductos perianales actuales (ved fístula perianal). La proximidad de los centros de control cerebral de los conductos tiroideos y los conductos perianales representa la ruptura de la garganta a nivel cerebral.

Fuente: www.learninggnm.com

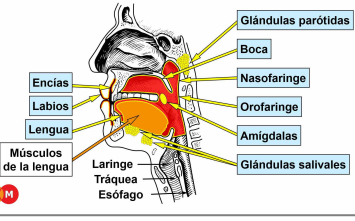
© LearningGNM.com

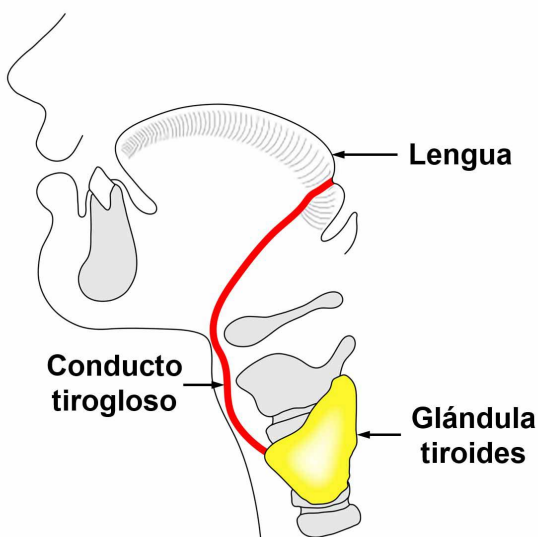
DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La información de este documento no reemplaza el consejo médico profesional.

SUBMUCOSA BUCAL y FARÍNGEA

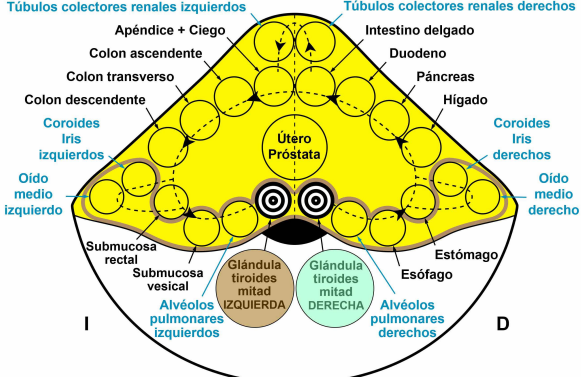


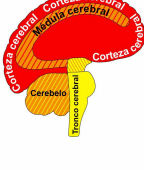
G N M



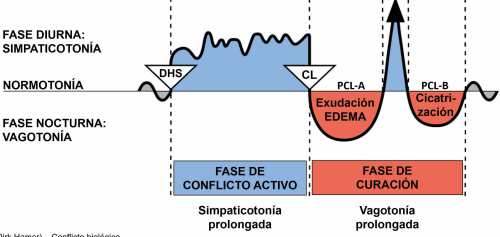


TRONCO CEREBRAL vista superior



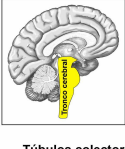


Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		

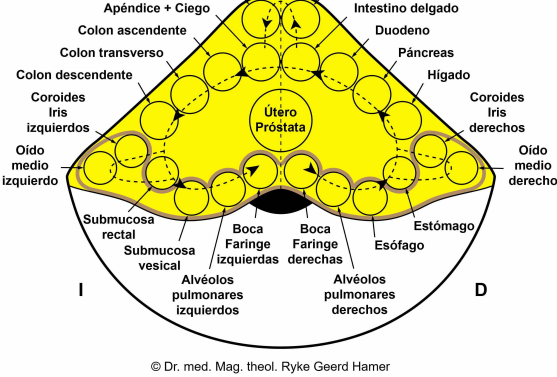


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

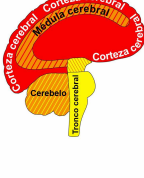
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



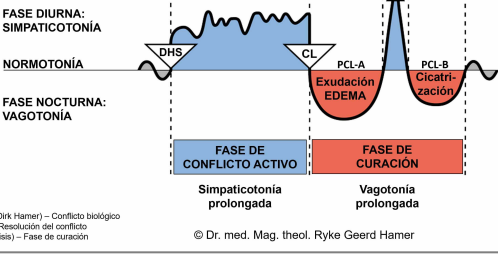
RELACIÓN TRONCO CEREBRAL – ÓRGANO



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



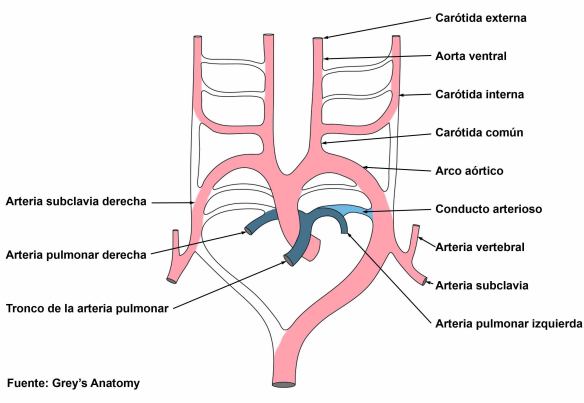
Corteza cerebral	PÉRDIDA CELULAR (ulceración, necrosis)	Restauración tisular con bacterias
Médula cerebral		
Cerebelo	PROLIFERACIÓN CELULAR	Eliminación celular con hongos y bacterias
Tronco cerebral		



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

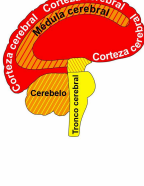
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Esquema de las arterias del arco faríngeo

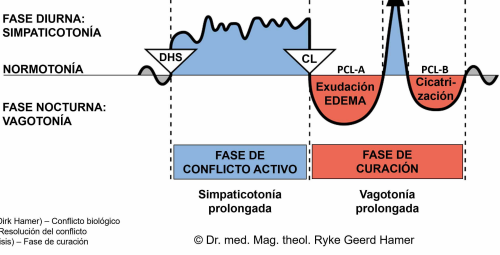


Fuente: Grey's Anatomy

Las arterias del arco faríngeo o arcos aórticos son una serie de seis estructuras vasculares embriológicas emparejadas que dan lugar a varias arterias principales.



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

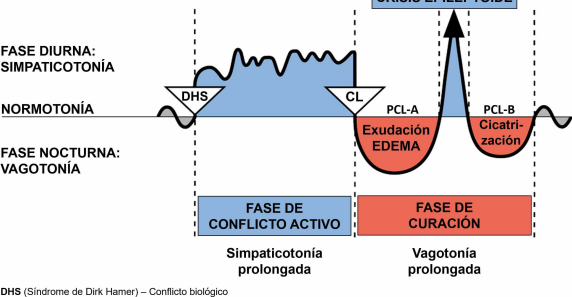
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

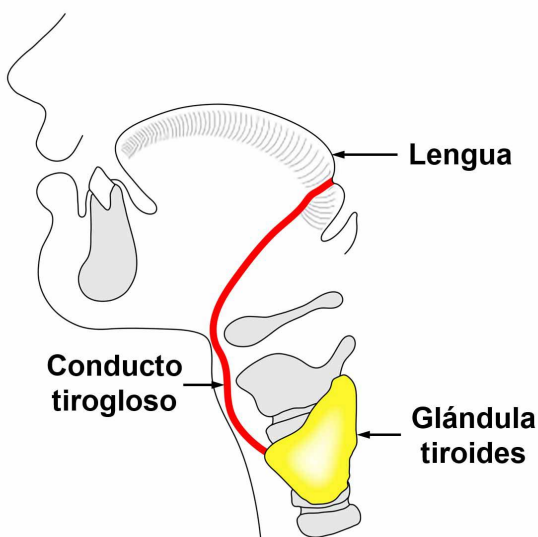
PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS
PATRÓN BIFÁSICO

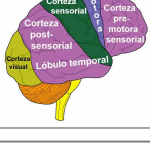




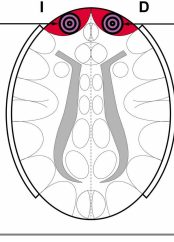
CORTEZA PRE-MOTORA SENSORIAL

vista superior

CORTEZA CEREBRAL
vista lateral



Conductos
tiroideos
DERECHOS
+
Conductos
faríngeos
DERECHOS

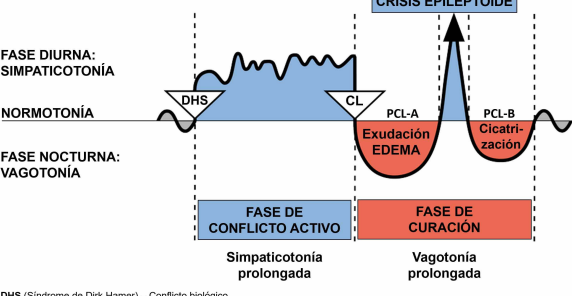


Conductos
tiroideos
IZQUIERDOS
+
Conductos
faríngeos
IZQUIERDOS



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