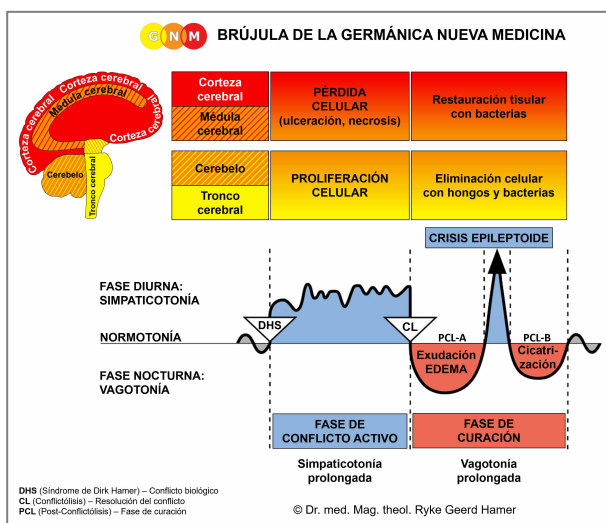




PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

OJOS

escrito por Caroline Markolin, Ph.D.

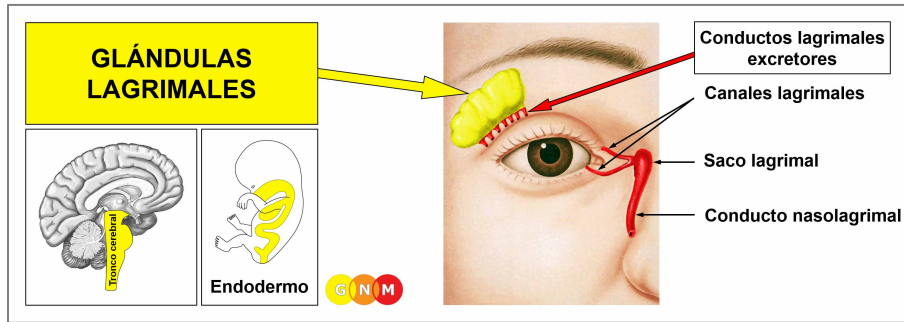


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
CL (Conflictolisis) – Resolución del conflicto
PCL (Post-Conflictolisis) – Fase de curación

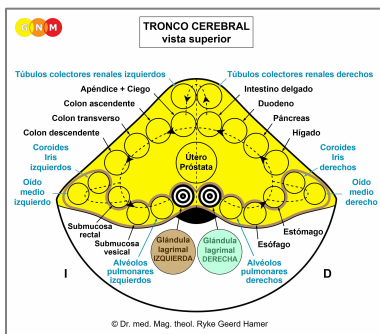
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

- Glándulas lagrimales
- Conductos lagrimales
- Glándulas palpebrales
- Conductos de las glándulas palpebrales
- Piel palpebral
- Músculos palpebrales
- Conjuntiva – Córnea – Cristalino
- Coroides – Cuerpo ciliar – Iris
- Músculos pupilares
- Músculos ciliares
- Músculos extraoculares
- Retina
- Cuerpo vítreo

Rev. 1.04



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LAS GLÁNDULAS LAGRIMALES: Las glándulas lagrimales se encuentran en la órbita temporal (cuenca del ojo) en la porción extrema de los párpados superiores. Producen la capa acuosa de la película lagrimal que mantiene húmedas la parte externa del ojo y la conjuntiva. El fluido lagrimal llega al ojo a través de los conductos lagrimales excretorios. El exceso de lágrimas drena a través de los conductos lagrimales, el saco lagrimal y el conducto nasolagrimal hacia la cavidad nasal. En términos evolutivos, las glándulas lagrimales se desarrollaron a partir de la mucosa intestinal de la garganta original. Igual que las células intestinales que digieren el “bocado de comida”, la función biológica de las glándulas lagrimales es “digerir” (cualidad secretora) el “bocado visual”. Las glándulas lagrimales 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 lagrimales 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 glándula lagrimal derecha se controla desde el lado derecho del tronco cerebral; la glándula lagrimal 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 faringe, las glándulas lagrimales, las trompas de Eustaquio, la glándula tiroides, las glándulas paratiroides, la glándula pituitaria, la glándula pineal y el plexo coroideo comparten los mismos relés cerebrales.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a las glándulas lagrimales es un “**conflicto de bocado**”, específicamente, un conflicto relacionado con un “**bocado visual**” (ved también coroides, iris y cuerpo ciliar).

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.

GLÁNDULA LAGRIMAL DERECHA



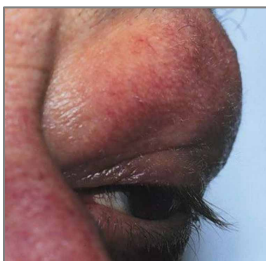
Equivalente a la mitad derecha de la boca y faringe, la **glándula lagrimal derecha** se correlaciona con un **“bocado entrante”** y con **“no poder atrapar un bocado visual”** porque el bocado fue ignorado por otra persona. Por ejemplo: un niño ha puesto los ojos en un juguete y espera conseguirlo, pero los padres lo ignoran, por lo que no pudo agarrar el “bocado visual”; un niño quiere ver a sus amigos o quiere ver la televisión, pero los padres no se lo permiten; una mujer atrae la atención de su esposo hacia un anillo en un escaparate de una joyería y anticipa recibir el anillo, pero él ignora el “bocado visual” que ella desea.

GLÁNDULA LAGRIMAL IZQUIERDA



Equivalente a la mitad izquierda de la boca y faringe, la **glándula lagrimal izquierda** se relaciona con un **“bocado saliente”** y con **“no poder eliminar un bocado visual”** porque el bocado fue ignorado por otra persona. Por ejemplo: Un pintor quiere vender sus cuadros, pero nadie se fija en ellos; un agente de bienes raíces no puede vender una propiedad, un vendedor se queda con sus productos; una persona quiere deshacerse de los “bocados” en una venta de garaje, pero nadie se presenta; debido a una cancelación un conferenciante no puede compartir su presentación; un niño le muestra un dibujo a su madre, pero ella no le presta atención.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, las células de la glándula lagrimal proliferan causando un **agrandamiento de la glándula lagrimal**. El **propósito biológico del incremento celular** es potenciar la producción de fluido lagrimal para que el “bocado visual” pueda ser mejor absorbido (glándula lagrimal derecha) o expulsado (glándula lagrimal izquierda). Por lo tanto, el **ojo** afectado **está lloroso y lagrimando** (ved también conductos nasolagrimales y conjuntiva).



Con una actividad conflictiva intensa y continua (conflicto pendiente) se forma un crecimiento en forma de coliflor (tipo secretor) en la glándula lagrimal. Una gran hinchazón (**“tumor de la glándula lagrimal”**) abulta el párpado hacia afuera, como se muestra en esta imagen.



NOTA: Los ojos holgados (bolsas) están relacionados con los túbulos colectores renales y un conflicto activo de abandono o existencia. La piel debajo de los ojos es muy fina; por eso la retención de agua es más notoria en esa área.

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 **hinchazón de la glándula lagrimal** causada por el edema (acumulación de fluido) y **secreción ocular purulenta**. En PCL-B, el pus pegajoso se seca y se muestra como una costra amarillenta alrededor del o los ojos. En la medicina convencional, los párpados aglutinados y con costras se asocian con “alergias” (ved conjuntivitis).

La fase de curación puede ir acompañada de una inflamación (**dacrioadenitis**) con enrojecimiento e hinchazón dolorosa de la glándula lagrimal. Con el SÍNDROME, es decir, con la retención de agua como consecuencia de un conflicto activo de abandono o existencia, la hinchazón se incrementa aún más. La condición ocurre con bastante frecuencia en los niños.

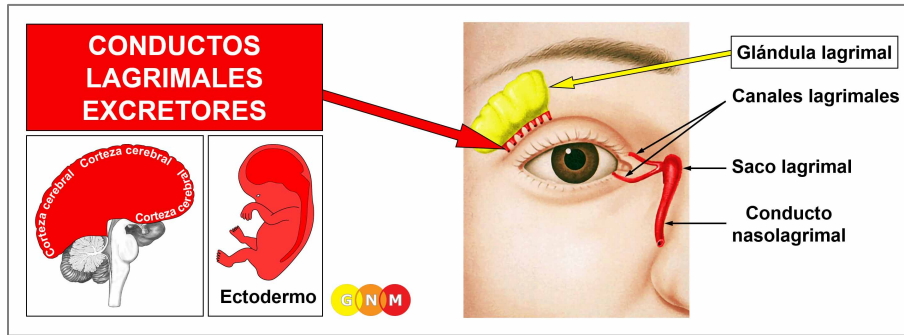


Ojo **DERECHO**: no poder captar un bocado visual.

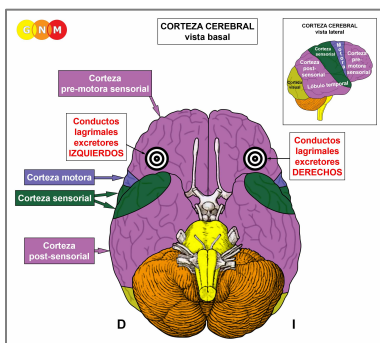


Ojo **IZQUIERDO**: no poder eliminar un bocado visual.

Con una curación pendiente debido a las constantes recaídas conflictivas, se pierde cada vez más tejido de la glándula lagrimal, lo que da como resultado una disminución del flujo lagrimal o un cese completo de la producción de fluido lagrimal. La sequedad del flujo lagrimal (**xeroftalmía**) se denomina **síndrome de Sjögren** o **Sicca** (ved también ojos secos relacionados con los conductos lagrimales excretores, conductos de las glándulas palpebrales, conjuntiva y síndrome de Sjögren asociado con una boca seca).



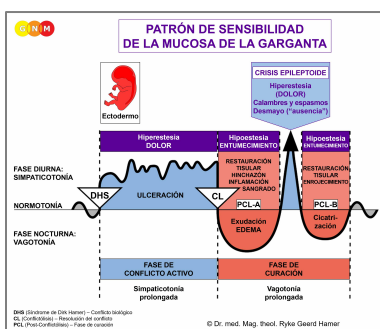
DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS CONDUCTOS LAGRIMALES: Los conductos lagrimales excretores liberan el fluido lagrimal producido por las glándulas lagrimales hacia la parte superior de la conjuntiva y hacia la superficie externa de los ojos. Los canales lagrimales, que son dos tubos curvos ubicados en el borde interno de cada párpado, drenan el exceso de lágrimas hacia el saco lagrimal y a través del conducto nasolagrimal hacia la cavidad nasal. El revestimiento de los conductos lagrimales 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 lagrimales se controla desde la **corteza pre-motora sensorial** (parte de la corteza cerebral). Los conductos lagrimales derechos se controlan desde el lado izquierdo de la corteza; los conductos lagrimales izquierdos se controlan desde el hemisferio cortical derecho (fronto-lateral-basal). Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: Los centros de control están ubicados cerca de los relés cerebrales de los conductos de las glándulas palpebrales.

CONFLICTO BIOLÓGICO: Similar a un conflicto de separación, el conflicto biológico ligado a los conductos lagrimales es **“querer ser visto”** (no ser visto o ser pasado por alto, sentirse visualmente ignorado, no tener permitido ser visto) o **“no querer ser visto”** (querer ser invisible; el miedo a ser pillado, digamos, en un acto delictivo, un acto sexual o al hacer trampa).



El Programa Especial Biológico de los **conductos lagrimales** 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 revestimiento epitelial de los conductos lagrimales** proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. El **propósito biológico de la pérdida celular** es ensanchar los conductos para incrementar el flujo lagrimal. Los **“ojos brillantes”** hacen que el que ha sido pasado por alto sea más llamativo (en la Naturaleza, esto es vital para atraer a una pareja). **Los síntomas son ojos llorosos** y tirones potencialmente dolorosos en el conducto lagrimal afectado. Con un conflicto agudo, el lagrimeo puede ser excesivo (ved también ojos llorosos relacionados con las glándulas lagrimales y la conjuntiva).

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 el área en curación. Dependiendo de la intensidad de la fase de conflicto activo, la hinchazón podría conducir a una **obstrucción de los conductos lagrimales** causando **ojos secos**. Una condición crónica debido a las continuas recaídas conflictivas se llama **síndrome de Sjögren** o **Sicca** (ved también ojos secos relacionados con las glándulas lagrimales, los conductos de las glándulas palpebrales, la conjuntiva y el síndrome de Sjögren asociado con una boca seca). Sin embargo, en este caso, el síndrome de Sjögren no está precedido por una hinchazón de las glándulas lagrimales. Una oclusión de los conductos lagrimales excretores conduce a un agrandamiento de toda la glándula lagrimal. Por lo tanto, la hinchazón se diagnostica erróneamente con frecuencia como un tumor de la glándula lagrimal.

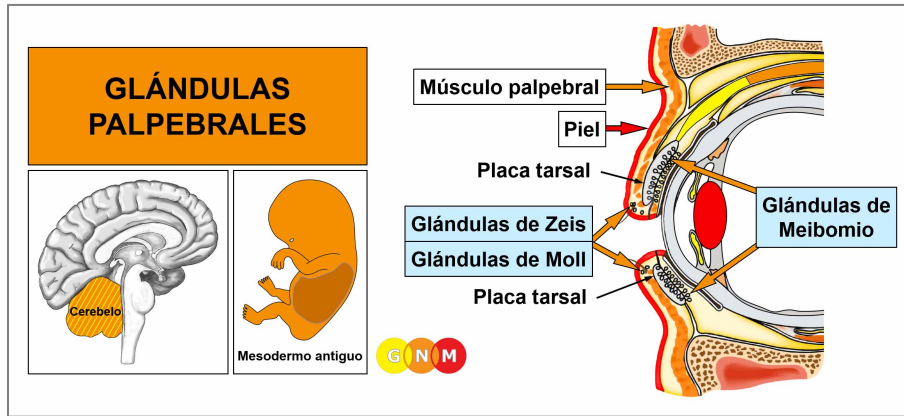
NOTA: El hecho de que los conductos lagrimales del ojo derecho o izquierdo se vean afectados depende de la lateralidad biológica de la persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.

Los conductos lagrimales bloqueados son bastante comunes en los infantes. En infantes y recién nacidos, la condición revela la angustia de “querer ser visto” (no recibir suficiente atención) o “no querer ser visto” (demasiadas visitas pasan para ver al nuevo bebé).

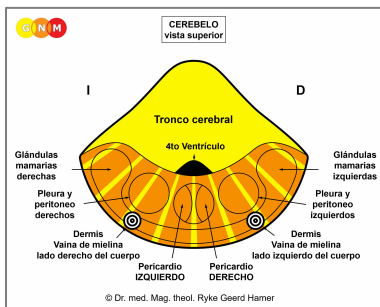
Si los **conductos nasolagrimales** están bloqueados, las lágrimas no pueden vaciarse en la cavidad nasal. La acumulación de lágrimas resulta en **lagrimosos y llorosos ojos**. Una obstrucción del conducto nasolagrimal con hinchazón y enrojecimiento en el área entre el ojo y la nariz, incluyendo el saco lagrimal, se denomina **dacriocistitis** (“infección del saco lagrimal”).



Esta imagen muestra a un niño con una gran inflamación del conducto nasolagrimal izquierdo. Si el niño es diestro, esto indica que el conflicto (querer ser visto o no querer ser visto) estaba asociado con la madre, pero ahora se ha resuelto. Con la retención de agua concurrente (el SÍNDROME) debida a un conflicto de abandono activo, la hinchazón se incrementa considerablemente.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LAS GLÁNDULAS PALPEBRALES: Los párpados son pliegues de piel móviles que cubren y protegen los ojos. Las pestañas adheridas a los párpados superior e inferior forman un segundo escudo protector contra el polvo y otros elementos que podrían dañar el ojo. Las capas más externas del párpado constan de tejido epidérmico (piel externa) y tejido graso. Dos músculos de los párpados permiten abrir y cerrar los párpados. El interior de los párpados está revestido con la conjuntiva. La función principal de los párpados es mantener húmeda la superficie frontal del globo ocular y la córnea. Las **glándulas de Meibomio** y las **glándulas de Zeis** son un tipo especial de glándulas sebáceas productoras de sebo ubicadas en el borde de los párpados superior e inferior dentro de la placa tarsal. Cerca de la base de las pestañas también hay glándulas sudoríparas, llamadas **glándulas de Moll** (tanto las glándulas sebáceas como las glándulas sudoríparas están incrustadas en la dermis). Los conductos excretores de las glándulas palpebrales transportan el sebo aceitoso hacia la película lagrimal para lubricar el ojo durante el parpadeo. Las glándulas palpebrales se originan del mesodermo antiguo y, por lo tanto, se controlan desde el cerebelo.



NIVEL CEREBRAL: En el **cerebelo**, las glándulas palpebrales derechas se controlan desde el lado izquierdo del cerebro; las glándulas palpebrales izquierdas se controlan desde el hemisferio cerebral derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: Las glándulas palpebrales están incrustadas en la dermis palpebral. Por lo tanto, se controlan desde los mismos relés cerebrales (ved también vaina de mielina).

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a las glándulas palpebrales es un conflicto de ataque, específicamente, un **ataque contra el ojo** (ved también dermis).

En línea con el razonamiento evolutivo, los **conflictos de ataque** son la temática principal de conflicto asociada con los **órganos controlados por el cerebelo** que derivan del mesodermo antiguo.

El polvo, la arena u otras partículas (o un insecto) que golpean el ojo pueden registrarse como un conflicto de ataque. En un sentido figurativo, el “ataque” podría desencadenarse con una mirada insultante (el “mal de ojo”) o una mirada de reproche. El conflicto también se relaciona con **sentirse desfigurado, manchado o “sucio” en los párpados**. Un toque o un beso “asqueroso” en el o los ojos podrían activar el conflicto. Comprar la teoría de que tocarse los ojos después del contacto con una persona que tiene un resfriado causa una “infección ocular” sólo crea una predisposición para el conflicto.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, las células de las glándulas palpebrales proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es proporcionar un refuerzo externo para proteger el párpado contra más “ataques”. Si el conflicto persiste, se forma un crecimiento en **forma de bulbo** en el sitio, posiblemente diagnosticado como un **tumor palpebral** (comparad con un **melanoma** palpebral implicando la dermis).

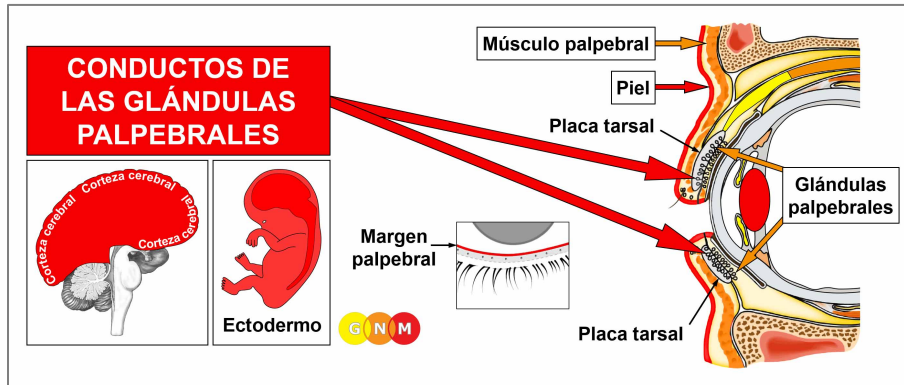
FASE DE CURACIÓN: Después de la resolución del conflicto (**CL**), los hongos o las bacterias eliminan las células que ya no son necesarias. Durante el proceso de curación, el área afectada se hincha causando lo que se conoce como **orzuelo**. La llaga dolorosa está **roja y llena de pus**.

NOTA: El hecho de que el párpado derecho o izquierdo se vea afectado depende de la lateralidad biológica de la persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. Un conflicto localizado afecta el ojo que se asoció con el “ataque”.

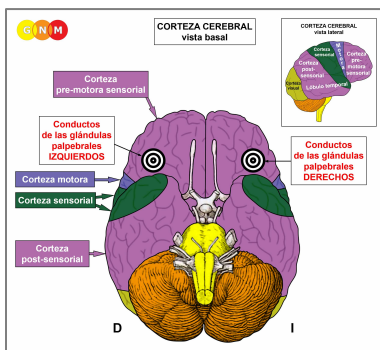


Los orzuelos externos involucran las **glándulas de Moll**. Se desarrollan en el margen del párpado superior o inferior en la base de las pestañas. **Los orzuelos internos** se relacionan con las **glándulas de Meibomio** y ocurren en el interior del párpado. Si las glándulas de Meibomio se bloquean e inflaman, esto da como resultado un llamado **chalación** (ved la imagen de la derecha arriba), que se presenta como un granuloma que típicamente se forma dentro del párpado superior. Un chalación suele ser un indicio de una curación pendiente debido a las frecuentes recaídas conflictivas. Sentirse desfigurado por la apariencia del orzuelo prolonga la fase de curación.

Si los microbios necesarios no están disponibles en ese momento, las células adicionales permanecen. Eventualmente, el crecimiento se encapsula con tejido conectivo.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS CONDUCTOS DE LAS GLÁNDULAS PALPEBRALES: Los conductos excretores de las glándulas palpebrales se encuentran a lo largo del margen del párpado superior e inferior. Llevan la sustancia aceitosa (sebo) producida en las glándulas palpebrales hacia la película lagrimal para mantener los ojos húmedos y evitar que las lágrimas se evaporen demasiado rápido. Los conductos de las glándulas palpebrales constan de epitelio escamoso, se originan del ectodermo y, por lo tanto, están controlados desde la corteza cerebral.

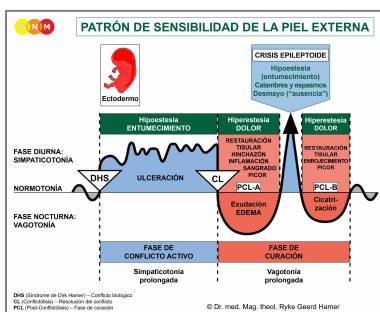


NIVEL CEREBRAL: El revestimiento epitelial de los conductos de las glándulas palpebrales se controla desde la **corteza pre-motora sensorial** (parte de la corteza cerebral). Los conductos del párpado derecho se controlan desde el lado izquierdo de la corteza; los conductos del párpado izquierdo se controlan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

NOTA: Los centros de control están ubicados cerca de los relés cerebrales de los conductos lagrimales excretores.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a los conductos de las glándulas palpebrales es un **conflicto de separación visual** experimentado como **haber perdido de vista a alguien**, por ejemplo, a un ser querido que se ha mudado, se ha ido o ha fallecido (ved también piel externa palpebral, conjuntiva, córnea y cristalino). El conflicto también se relaciona con **no tener permitido** o **no querer ver a alguien** (una persona específica o ciertas personas). **NOTA:** Un conflicto de separación visual solo se refiere a personas y animales, como una mascota, pero no a objetos (anillo, automóvil, juguete favorito) o una casa. En cambio, esto involucraría las glándulas lagrimales o la úvea del ojo.

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**.

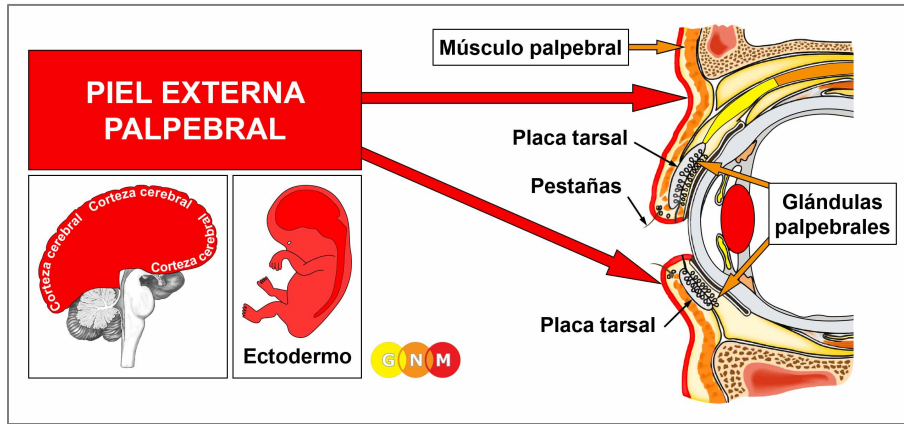


El Programa Especial Biológico de los **conductos de las glándulas palpebrales** sigue el **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LA PIEL EXTERNA** con hiposensibilidad durante la fase de conflicto activo y la Crisis Epileptoide e hipersensibilidad en la fase de curación.

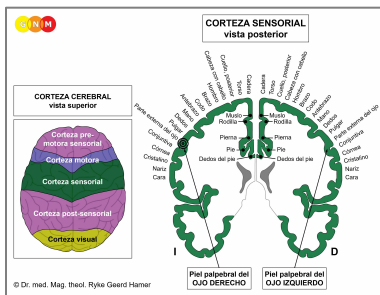
FASE DE CONFLICTO ACTIVO: [ulceración en los conductos de las glándulas palpebrales](#) proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. El **propósito biológico de la pérdida celular** es ensanchar los conductos para incrementar el flujo de lípidos para mantener el ojo lubricado. En la Naturaleza, la visión más clara permite reconocer rápidamente a una nueva pareja que “llama la atención”.

NOTA: El hecho de que la ulceración ocurra en los conductos de las glándulas del párpado derecho o izquierdo está determinado por la lateralidad biológica de la persona y si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.

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 el área en curación. La hinchazón puede ocluir los conductos (lo que se denomina “**disfunción de la glándula de Meibomio**”). El bloqueo conduce a un adelgazamiento de la capa de la película lagrimal de lípidos e incrementa la evaporación de las lágrimas causando **ojos secos**. Si el síntoma se vuelve crónico debido a las recaídas conflictivas, entonces la condición se denomina **síndrome de Sjögren** o **Sicca** (ved también ojos secos relacionados con las glándulas lagrimales, los conductos lagrimales excretorios, la conjuntiva y el síndrome de Sjögren asociado con una boca seca).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA PIEL PALPEBRAL (EPIDERMIS): La piel palpebral consta de dos capas: la dermis y la piel externa (epidermis). El interior del párpado está revestido con la conjuntiva. La piel externa palpebral, que es relativamente delgada, está sostenida por la placa tarsal a la que se unen los músculos palpebrales. La piel externa palpebral consta de epitelio escamoso, se origina del ectodermo y, por lo tanto, se controla desde la corteza cerebral.

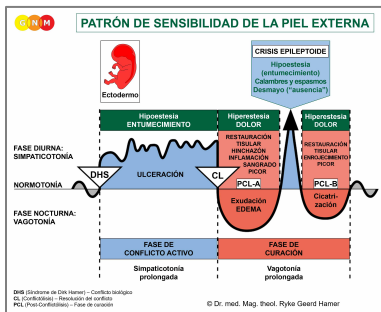


NIVEL CEREBRAL: La piel palpebral (epidermis) se controla desde la **corteza sensorial** (parte de la corteza cerebral). La piel del párpado derecho se controla desde el lado izquierdo de la corteza sensorial; la piel del párpado izquierdo se controla desde el hemisferio cortical derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (ved el diagrama de la GNM que muestra el **homúnculo sensorial**).

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a la piel palpebral es un **conflicto de separación visual**, específicamente, **haber perdido de vista a una persona mientras uno tenía los ojos cerrados**. Por ejemplo, un ser querido se fue o murió inesperadamente mientras uno dormía; una madre perdió de vista a su bebé mientras dormía (comparad con el conflicto de separación visual relacionado con los conductos de las glándulas palpebrales, la conjuntiva, la córnea y el cristalino). La piel externa (epidermis) de los párpados también se relaciona con una **pérdida de contacto físico asociada con los ojos**, por ejemplo, dejar de ser besado en los párpados (ved conflicto de separación), así como **querer separarse de algo o alguien que toca los ojos** (un beso no deseado en el párpado, tener los ojos vendados, maquillaje de ojos “tóxico”).

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**.

NOTA: El hecho de que el párpado derecho o izquierdo se vea afectado está determinado por la lateralidad biológica de una persona y si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.



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

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **ulceración en el revestimiento epitelial de la piel palpebral** proporcional al grado de actividad conflictiva. El proceso ulcerativo hace que la **piel palpebral se seque y descame**. Cuando está involucrado el párpado inferior, el área debajo del ojo también se ve afectada. El Programa Especial Biológico de la piel externa siempre va acompañado de una **pérdida de memoria a corto plazo**, que sirve para olvidar temporalmente al que está ausente, aquí, específicamente, al que está fuera de la vista.

FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación (en **PCL-A**), el área ulcerada se repone con nuevas células. Con una inflamación, la condición se llama **blefaritis**. Los síntomas, que incluyen hinchazón, enrojecimiento, sensación de ardor y picazón, varían de leves a severos, según la intensidad de la fase de conflicto activo.



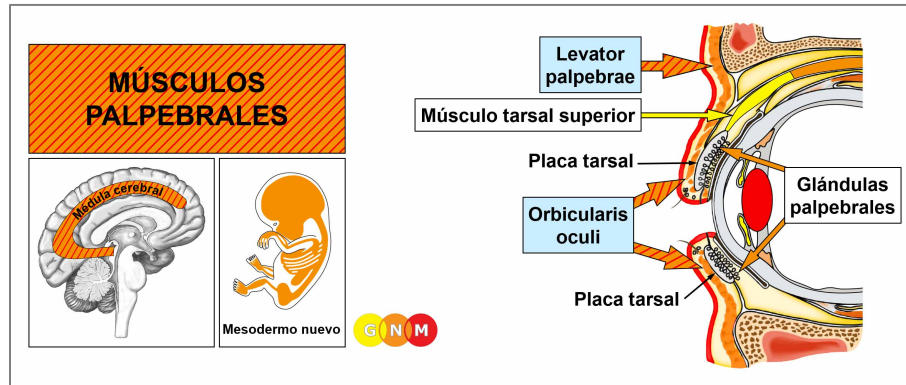
Esta imagen muestra **blefaritis** en el ojo izquierdo, lo que indica la curación de un conflicto de separación visual asociado con una pareja si la persona es zurda. Para un diestro, el conflicto se relaciona con su madre o su hijo.



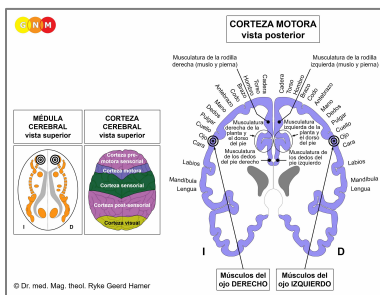
El proceso de curación puede presentarse como una **erupción en el párpado (dermatitis palpebral)** o como **vitiligo** causado por un conflicto de separación (visual) severo (ved imagen de la derecha), que involucra tanto el párpado superior como el área debajo del ojo.



Un nódulo de grasa en el párpado, llamado **xantelasma**, está ligado a un conflicto de desvalorización de sí mismo asociado con el ojo (ved tejido graso).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS PALPEBRALES: Los párpados contienen tres músculos principales que controlan el movimiento del párpado. Los dos músculos involucrados en la abertura del párpado superior son el **músculo levator palpebrae** (para la abertura voluntaria) y el **músculo tarsal superior** (para la abertura involuntaria). El **músculo orbicularis oculi** en el párpado superior e inferior controla el cierre del ojo. A medida que el ojo se eleva, el músculo levator se contrae y levanta el párpado; cuando el levator se relaja, el párpado se cierra pasivamente. El cierre activo de los párpados para proteger los ojos de lesiones y del exceso de luz (ved músculos pupilares) se consigue mediante la contracción del orbicularis oculi. Los músculos palpebrales también controlan los reflejos del parpadeo. El parpadeo proporciona humedad a los ojos y la córnea mediante el uso de lágrimas (producidas en las glándulas lagrimales) y sustancias aceitosas (secretadas por las glándulas palpebrales) para evitar que se sequen. Los músculos palpebrales están unidos a la placa tarsal que da forma y fuerza a los párpados. El levator palpebrae y el orbicularis oculi constan de músculos estriados, se originan del mesodermo nuevo y se controlan desde la médula cerebral y la corteza motora. El músculo tarsal superior es un músculo liso.



NIVEL CEREBRAL: El levator palpebrae y el orbicularis oculi 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 capacidad de mover los párpados se controla desde la **corteza motora** (parte de la corteza cerebral).

Los músculos del párpado derecho se controlan desde el lado izquierdo del cerebro; los músculos del párpado izquierdo se controlan desde el hemisferio cerebral derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (ved el diagrama de la GNM que muestra el [homúnculo motor](#)).

El músculo tarsal liso se controla desde el [mesencéfalo](#).

MÚSCULO LEVATOR PALPEBRAE

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado al músculo levator palpebrae es **no poder mantener el o los ojos abiertos** (debido a la fatiga extrema, trabajar en turnos nocturnos) o **no haber mantenido el o los ojos abiertos** (haber estado completamente despierto) **en el momento justo** (haber pasado por alto un semáforo en rojo o un mensaje visual importante, por ejemplo, en una pizarra o pantalla; haber pasado por alto algo de importancia como la letra pequeña de un contrato). Ciertas profesiones, por ejemplo, policías, detectives, pilotos, conductores profesionales, personas que atienden monitores y otros dispositivos utilizados para la observación son más susceptibles a sufrir este tipo de conflictos. El músculo levator palpebrae también se relaciona con **no tener permitido mantener el o los ojos abiertos** (tener prohibido ver o mirar algo) o **no querer mantener el o los ojos abiertos** (querer evitar ver algo angustioso).

NOTA: El hecho de que el músculo levator palpebrae derecho o izquierdo se vea afectado depende de la lateralidad biológica de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **pérdida celular (necrosis) del levator palpebrae** (controlada desde la médula cerebral) y, proporcional al grado de actividad conflictiva, incremento de la **parálisis del músculo levator** (controlado desde la corteza motora).

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 (periestio y tálamo).

Debido a la debilidad o parálisis del músculo levator, responsable de levantar el párpado, el **párpado superior se hunde** y no se abre por completo. Dependiendo de la intensidad del conflicto, la caída puede ser apenas perceptible o el párpado puede descender por encima de la pupila entera. Sin embargo, el párpado no se cierra para cubrir el ojo por completo, ya que el **músculo tarsal** impide un cierre completo. En términos médicos, un párpado caído se llama **blefaroptosis** (o **ptosis**). La incapacidad para cerrar completamente el párpado se denomina **lagofthalmos**.



Si el párpado superior derecho se cae, como se ve en esta imagen, el conflicto está relacionado con la pareja siempre que la persona sea diestra.

FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación se reconstruye el músculo levator; la parálisis llega hasta **PCL-A**. La Crisis Epileptoide se manifiesta como espasmos de los músculos palpebrales (**blefaroespasmo**). Dependiendo del grado de la fase de conflicto activo, el movimiento rápido del párpado varía desde un leve **aleteo de los párpados** hasta fuertes **contracciones o tics palpebrales** (comparad con los tics faciales). En **PCL-B**, la función del músculo palpebral vuelve a la normalidad.

El parpadeo excesivo de los ojos también involucra el músculo levator. El **conflicto** explícito **relacionado con el reflejo del parpadeo es sentirse descubierto o descifrado (pillado)**, por ejemplo, cuando alguien fue pillado haciendo trampa, mintiendo o jugando con trucos. El parpadeo rápido ocurre durante la Crisis Epileptoide y típicamente se activa al establecerse en un raíl, por ejemplo, cuando la persona está diciendo una mentira.

MÚSCULO ORBICULARIS OCULI

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado al músculo orbicularis oculis **es no poder cerrar los ojos** (para no ver algo desagradable o indeseable; querer hacer “la vista gorda” a algo) o **no haber cerrado los ojos en el momento justo** (accidentes causados por exposición al fuego o explosivos o por trabajo inseguro con un dispositivo de soldadura). El orbicularis oculi también se relaciona con **no tener permitido cerrar los ojos** (no tener permitido dormir o no dormir lo suficiente, por ejemplo, madres con recién nacidos, estudiantes que entregan los documentos del trimestre en el último minuto, trabajadores por turnos, conductores de camiones de larga distancia) o **no querer cerrar los ojos** (niños negándose a dormir la siesta).

NOTA: El hecho de que el músculo orbicularis oculis del párpado derecho o izquierdo se vea afectado depende de la lateralidad biológica de la persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **pérdida celular (necrosis) del orbicularis oculi del párpado superior o inferior** (controlada desde la médula cerebral) y, proporcional al grado de actividad conflictiva, incremento de la **parálisis del músculo orbicularis oculi** (controlada desde la corteza motora).

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).

Debido a la debilidad o parálisis del músculo orbicularis oculi, responsable de cerrar el párpado, el **párpado superior e inferior no se puede cerrar correctamente** (ved también parálisis facial con incapacidad para cerrar el ojo en el lado paralizado. El orbicularis oculi y los músculos faciales están innervados por el nervio facial).

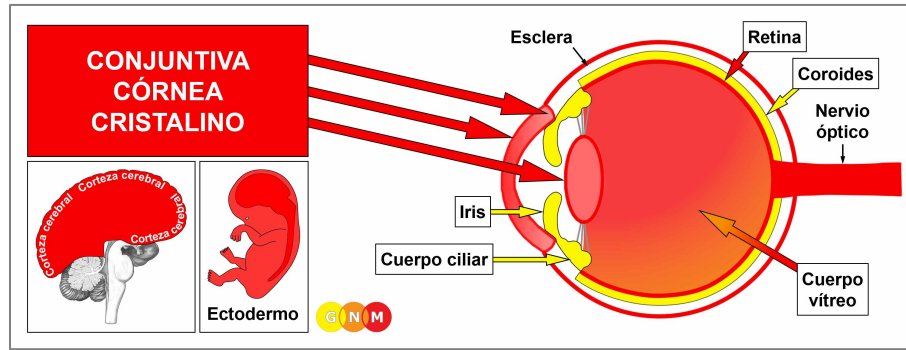


Si el **párpado inferior** se ve afectado, la **disminución de la tensión** del orbicularis oculi hace que el párpado inferior se hunda hacia afuera, alejándose del ojo. Esta condición se conoce como **ectropión** (ved imagen). Si el párpado superior se ve afectado, **el párpado superior se cae** (comparad con la ptosis relacionada con el conflicto biológico del músculo levator palpebrae).

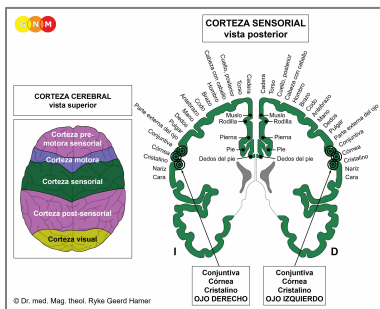
FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación se reconstruye el músculo orbicularis oculi; la parálisis llega hasta **PCL-A**. La Crisis Epileptoide se manifiesta como espasmos de los músculos oculares (**blefaroespasmo**) del párpado superior o inferior. Dependiendo del grado de la fase de conflicto activo, el movimiento rápido del párpado varía desde un leve **aleteo del párpado** hasta un fuerte **espasmo palpebral o tics palpebrales** (ved también tics faciales). En **PCL-B**, la función del músculo palpebral vuelve a la normalidad.



Con una curación pendiente debido a las continuas recaídas conflictivas, el **incremento prolongado de la tensión** del orbicularis oculi del **párpado inferior** hace que el párpado se pliegue hacia adentro. Esta condición, llamada **entropión**, es bastante incómoda, ya que las pestañas se frotan constantemente contra el ojo, conduciendo a un enrojecimiento e irritación del ojo.



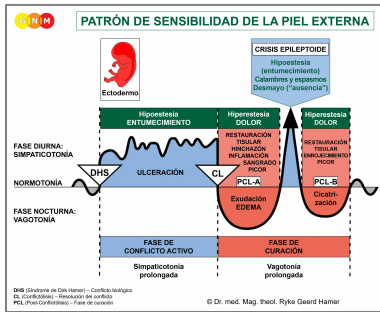
DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA CONJUNTIVA, CÓRNEA Y CRISTALINO: La **conjuntiva** es una membrana mucosa transparente que recubre la esclerótica (el blanco del ojo) y el interior del párpado. La función principal de la conjuntiva es producir lágrimas para mantener húmeda la superficie frontal del globo ocular. Sin embargo, el mayor volumen de fluido lagrimal es secretado por las glándulas lagrimales. La **córnea** es una estructura transparente que recubre el iris y la pupila. La córnea controla la entrada de luz a los ojos. Cuando la luz incide en la córnea, refracta la luz entrante en el cristalino que reenfoca la luz en la retina. El **cristalino** se encuentra detrás del iris y se mantiene en su lugar mediante los músculos ciliares que permiten alterar la forma del cristalino para obtener imágenes nítidas de objetos a distintas distancias. Tanto la córnea como el cristalino son responsables del poder de enfoque del ojo y del ajuste fino del proceso de visión. La conjuntiva, la córnea y el cristalino constan de epitelio escamoso, se originan del ectodermo y son, por lo tanto, controlados desde la corteza cerebral.



NIVEL CEREBRAL: La conjuntiva, la córnea y el cristalino se controlan desde la **corteza sensorial** (parte de la corteza cerebral). La conjuntiva, la córnea y el cristalino del ojo derecho se controlan desde el lado izquierdo de la corteza sensorial; la conjuntiva, la córnea y el cristalino del ojo izquierdo se controlan desde el hemisferio cortical derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (ved el diagrama de la GNM que muestra el **homúnculo sensorial**).

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a la conjuntiva, la córnea y el cristalino es un **conflicto de separación visual de haber perdido de vista a alguien**, por ejemplo, a un ser querido que se ha mudado, se ha ido o ha fallecido (ved también conductos de las glándulas palpebrales y piel externa palpebral). Esto incluye haber perdido de vista a una mascota. El conflicto también se relaciona con **no tener permitido ver a alguien** (un nieto, un amante, un amigo, un compañero de escuela, un familiar en el hospital) o **no querer ver a alguien** (“¡Sal de mi vista!”). El miedo a no poder o no tener permitido ver a una determinada persona ya puede desencadenar el conflicto. El grado del conflicto determina cuál de los tres tejidos se verá afectado por el DHS. La conjuntiva se asocia con un conflicto de separación visual ligero, la córnea con un conflicto moderado; el cristalino se ve afectada cuando el conflicto se vive como severa. **NOTA:** Un conflicto de separación visual solo se refiere a personas y animales, como una mascota, pero no a objetos (anillo, automóvil, juguete favorito) o una casa. En cambio, esto involucraría las glándulas lagrimales o la úvea del ojo.

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**.

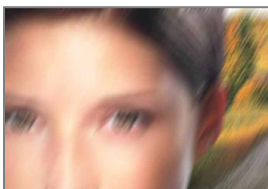


El Programa Especial Biológico de la **conjuntiva, córnea y cristalino** sigue el **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LA PIEL EXTERNA** con hiposensibilidad durante la fase de conflicto activo y la Crisis Epileptoide e hipersensibilidad en la fase de curación.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **ulceración en la conjuntiva, la córnea o el cristalino.** En el cristalino, la **pérdida de células cristalinas** mejora la recepción de la luz y por tanto la agudeza visual con el **propósito biológico** de que la persona que se desvanece de la vista sea más visible. La visión lejana potenciada también incrementa la posibilidad de detectar un “miembro de la manada” perdido en la distancia. Los Programas Especiales Biológicos de la conjuntiva, córnea y cristalino van acompañados de una **pérdida de memoria a corto plazo**, que sirve para olvidar temporalmente al que está fuera de vista (ved conflicto de separación relacionado con la piel).

NOTA: El hecho de que la conjuntiva, la córnea o el cristalino del ojo derecho o izquierdo se vean afectados depende de la lateralidad biológica de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.

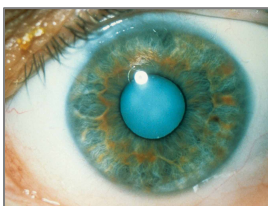
En la **conjuntiva**, la **ulceración hace que el o los ojos se sequen** (ved también ojos secos relacionados con las glándulas lagrimales, los conductos lagrimales excretores y los conductos de las glándulas palpebrales).



En la **córnea**, la ulceración prolongada conduce a un llamado **queratocono** en el que la córnea normalmente redonda se adelgaza y comienza a abultarse en forma de cono. La forma asimétrica y desigual de la córnea causa **astigmatismo** con **visión doble y distorsionada** (ved también fase de curación). Lo típico es un desenfoque constante tanto para la visión de cerca como para la de lejos. Debido a la función de la córnea para refractar la luz, las personas con astigmatismo son **sensibles a la luz**.

Si el ángulo de curvatura de la córnea se vuelve demasiado pronunciado, esto causa **borrosa visión lejana pero nítida visión cercana** o **miopía** (ved también músculos ciliares lisos y retina). La **borrosa visión cercana pero nítida visión lejana** o **hiperopía**, ocurre cuando la córnea tiene un ángulo demasiado plano (ved también músculos ciliares estriados y retina).

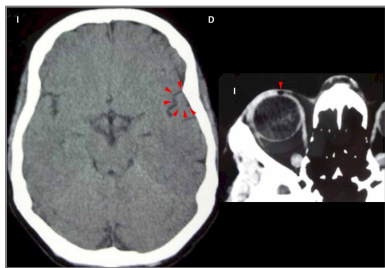
FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación, la pérdida de células se restaura y se repone.



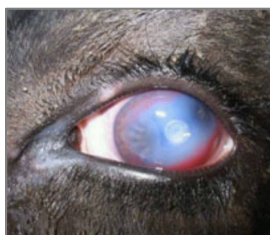
En cuanto al **cristalino**, el proceso de curación se manifiesta como un **enturbiamiento del cristalino** con una **visión difusa o brumosa** (no hay síntomas en la fase de conflicto activo). Una fase de curación intensa se acompaña de dolor y malestar. Si la fase de curación no puede completarse debido a las continuas recaídas conflictivas, el enturbiamiento permanece (ved imagen). Una opacidad permanente del cristalino se denomina “**catarata gris**” (comparad con la “**catarata verde**” relacionada con el cuerpo vítreo).

Según la medicina convencional, las cataratas se consideran una parte normal del proceso de envejecimiento, aunque no todas las personas desarrollan una catarata a una edad avanzada. Desde el punto de vista de la GNM, es más bien la creciente incidencia de conflictos de separación visual (de un padre, un cónyuge, un compañero o amigo de toda la vida) la razón por la cual las cataratas son mucho más comunes en las personas mayores.

En la **córnea**, el síntoma de curación se presenta como **visión borrosa**. Con una inflamación, la condición se denomina **queratitis**. Los síntomas son dolor y enrojecimiento. Con las constantes recaídas conflictivas, un **astigmatismo** (ved fase de conflicto activo) se vuelve permanente debido a los procesos de cicatrización recurrentes en la córnea.



En la imagen de la izquierda vemos un Foco de Hamer (en **PCL-A**) en el lado derecho de la corteza sensorial en el área que controla la córnea del ojo izquierdo (ved el diagrama de la **GNM**). Una mirada a la sección de la órbita (imagen de la derecha) confirma que está en marcha un proceso de curación en la córnea (flecha roja).



Esta imagen muestra un perro con queratitis en el ojo izquierdo. Si el perro es zurdo, esto indica que el conflicto de separación visual está relacionado con una “pareja” como su amo u otro perro o amigo animal.

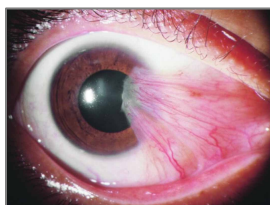


La conjuntivitis (ojo rosado) con ojos rojos, ardorosos, con picazón y llorosos se produce cuando la **conjuntiva** está curándose (ved también ojos llorosos relacionados con las glándulas lagrimales o los conductos nasolagrimales). La inflamación a menudo afecta el interior de los párpados (comparad con la blefaritis relacionada con la piel palpebral). Los síntomas varían de leves a severos, según la intensidad de la fase de conflicto activo. Para una persona diestra, el ojo derecho se ve afectado si el conflicto de separación visual está asociado con un compañero; si la persona es zurda, el conflicto está relacionado con la madre/hijo.

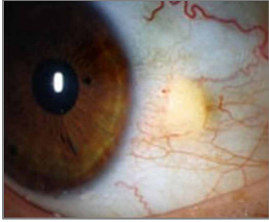


La quemosis es el término clínico para la hinchazón (edema) y la inflamación de la conjuntiva. Con el **SÍNDROME** (retención de agua como consecuencia de un conflicto activo de abandono o existencia) la hinchazón se incrementa considerablemente.

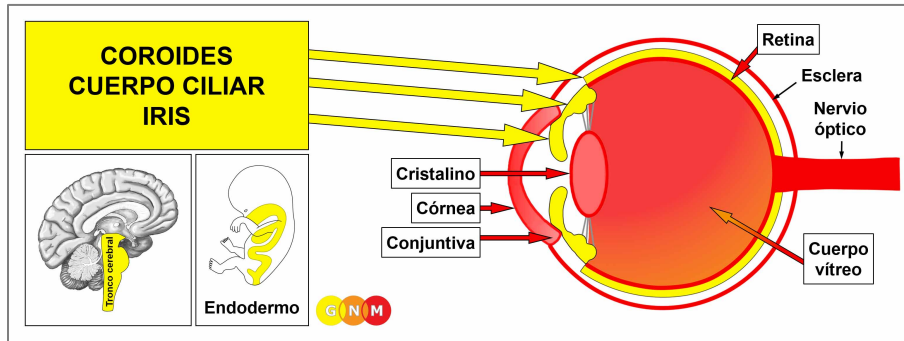
La conjuntivitis y la quemosis se asocian comúnmente con “alergias” y se supone que son causadas por la exposición al polen. Con síntomas de resfriado concurrentes, como secreción nasal, la “alergia” se llama “**fiebre del heno**”. En términos de GNM, la combinación de los síntomas es una señal de que la fase de curación de un conflicto de separación visual y de un “conflicto de olor o hedor” relacionado con la mucosa nasal ocurren simultáneamente. Los párpados aglutinados y con costras revelan que también se ha resuelto un “conflicto de bocado visual” adicional que afecta a las glándulas lagrimales.



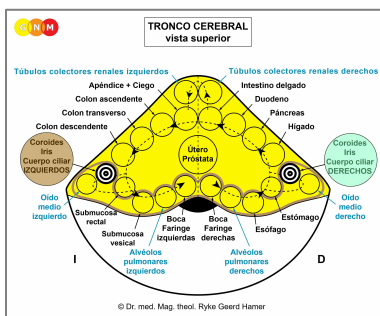
El llamado **pterygion** es el resultado de un proceso de curación prolongado (curación pendiente) con una acumulación de tejido cicatricial que crece desde la conjuntiva hacia el centro del ojo hasta la córnea.



Una **pinguécula** (“bulto en el ojo”) es una mancha amarillenta o blanca que crece en la conjuntiva, también como resultado de una curación pendiente debido a las continuas recaídas conflictivas. A diferencia de un pterigion, el crecimiento no llega a la córnea.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA COROIDES, IRIS Y CUERPO CILIAR: La coroides, el iris y el cuerpo ciliar se denominan colectivamente úvea. La **coroides** recubre la superficie interna del globo ocular y proporciona nutrición a la retina subyacente. El **iris** en la parte frontal del ojo es parte de la coroides. El iris ayuda a regular la cantidad de luz que entra al ojo (ved también la córnea) y, por lo tanto, está estrechamente ligado funcionalmente a las pupilas. El **cuerpo ciliar** conecta la coroides con el iris. El cuerpo ciliar produce un fluido acuoso (fluido intraocular o humor acuoso) que llena la **cámara anterior y posterior** del globo ocular. La función del fluido intraocular es mantener la presión intraocular (ved también cuerpo vítreo). El cuerpo ciliar contiene los músculos ciliares que controlan la forma del cristalino para permitir una visión clara. La úvea contiene cantidades considerables de pigmentos de melanina para proteger el ojo del exceso de luz (ved también dermis). En el iris, la cantidad de melanina determina el color del iris que va de marrón a azul. En términos evolutivos, la coroides, el iris y el cuerpo ciliar constituyen la **copa del ojo primordial** que se desarrolló a partir de la mucosa intestinal de la garganta original (ved también músculos pupilares y músculos ciliares). Como las células intestinales que absorben y digieren el “bocado de comida”, la función biológica de la úvea es “absorber” (cualidad absorbente) y “digerir” (cualidad secretora) el “bocado visual”. La coroides, el iris y el cuerpo ciliar constan de epitelio cilíndrico intestinal, derivan del endodermo y, por lo tanto, están controlados desde el tronco cerebral.



NIVEL CEREBRAL: En el **tronco cerebral**, la coroides, el iris y el cuerpo ciliar tienen dos centros de control que están posicionados cerca de los relés cerebrales que controlan los órganos del canal alimentario.

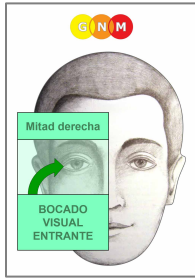
La coroides, el iris y el cuerpo ciliar del ojo derecho se controlan desde el lado derecho del tronco cerebral; la coroides, el iris y el cuerpo ciliar del ojo izquierdo se controlan desde el hemisferio izquierdo del tronco cerebral. No existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: El nervio óptico emergió de los relés cerebrales que inervaban la copa del ojo primordial (la coroides actual).

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a la coroides, el iris y el cuerpo ciliar es un “**conflicto de bocado**”, específicamente, un conflicto relacionado con un “**bocado visual**” (ved también glándulas lagrimales).

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.

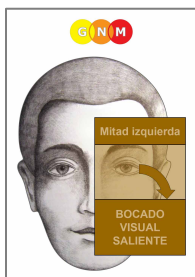
ÚVEA DEL OJO DERECHO



Equivalente a la mitad derecha de la boca y faringe, la **coroides, el iris y el cuerpo ciliar del ojo derecho** se correlacionan con un “**bocado entrante**” y con “**no poder atrapar un bocado visual**”.

En términos biológicos, el “bocado visual” entrante es igual a la nutrición (ved también bocado de sonido relacionado con el oído medio y las trompas de Eustaquio). Figurativamente hablando, la experiencia de conflicto es “quiero devorar lo que deseo con mis ojos”. Lo que uno está “babeando” por ver puede relacionarse con cualquier persona o con algo que uno no puede ver o no tiene permitido ver, por ejemplo, una persona amada o un hogar que uno había perdido. También podría tratarse de algo que uno había anticipado ver (una determinada persona, billetes, un juguete, un programa de TV, un lugar de vacaciones) y que inesperadamente no pudo “agarrar” o “vislumbrar” visualmente. El miedo a quedarse ciego (“no poder atrapar un bocado visual”) desencadenado, por ejemplo, por un diagnóstico de EM, un diagnóstico de diabetes (ved retinopatía diabética), o el pronóstico negativo de una degeneración macular también podría desencadenar el conflicto.

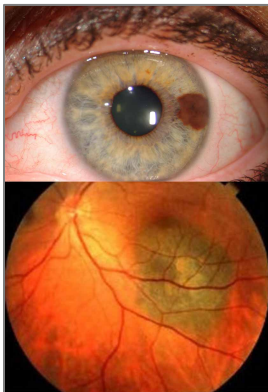
ÚVEA DEL OJO IZQUIERDO



Equivalente a la mitad izquierda de la boca y faringe, la **coroides, el iris y el cuerpo ciliar del ojo izquierdo** corresponden a un “**bocado saliente**” y a “**no poder eliminar un bocado visual**” (originalmente, el bocado de heces).

Este “bocado visual” no deseado se relaciona con cualquier “cosa desagradable a la vista” de la que uno quiera deshacerse (“No puedo soportar mirar esto”) o imágenes que uno quiere borrar de su memoria. Presenciar un accidente o un crimen, ver a un cónyuge o pareja con otra persona o ver algo perturbador en la televisión puede activar el conflicto. Los niños sufren la angustia cuando “pillan” a sus padres o son testigos del abuso familiar. El “bocado visual” no deseado también podría ser una persona que uno ya no quiere ver (un pariente, padre, excónyuge, “amigo”, colega, maestro, visitante).

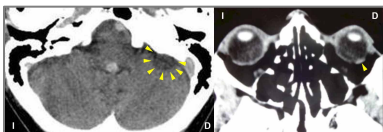
FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo, las células de la coroides, el iris y el cuerpo ciliar proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es poder absorber mejor (ojo derecho) o expulsar (ojo izquierdo) el “bocado visual”. Cuál de los tejidos se ve afectado es aleatorio.



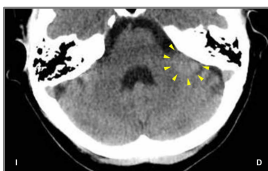
Con una actividad conflictiva prolongada, se desarrolla un crecimiento plano (tipo reabsorbente) o compacto (tipo secretor) a partir de las células pigmentadas de la úvea. En la medicina convencional, esto se denomina **melanoma de cuerpo ciliar**, **melanoma de iris** (imagen superior), **melanoma de coroides** (imagen inferior) o, en general, un **melanoma ocular**. Histológicamente, el término “melanoma” es en realidad incorrecto ya que la úvea no tiene una dermis; el término “adenoma” sería más aplicable. Lo mismo se aplica a lo que se llama “**retinitis pigmentosa**” que es, según los hallazgos del Dr. Hamer, una condición de la coroides (adenoma de coroides) más que de la retina.

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 **coroides**, las lesiones tuberculosas son visibles como manchas blancas detrás de la retina que; desaparecen con la compleción de la fase de curación. Sin embargo, un proceso de descomposición continuo crea **cavernas en la coroides** que eventualmente se llenan de depósitos de calcio. La pérdida de pigmentación causa **sensibilidad a la luz**.

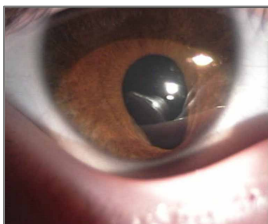


En la imagen de la izquierda vemos un edema cerebral (en **PCL-A**) en el lado derecho del tronco cerebral en el área que controla la coroides del ojo derecho (**ved el diagrama de la GNM**). En un escáner cerebral, la acumulación de fluido se presenta como oscura (hipodensa). La sección de la órbita (imagen de la derecha) muestra la presencia de la bacteria TB (flecha amarilla).

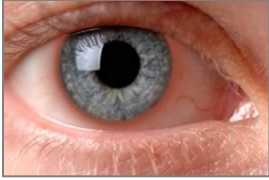


Durante la segunda parte de la fase de curación (en **PCL-B**), las células gliales proliferan en el sitio para restaurar el relé cerebral donde se registró el conflicto de bocado visual. En una TC cerebral, la acumulación de glía se muestra como blanca (hiperdensa). En la medicina convencional, se cree erróneamente que la acumulación de glía es un “tumor cerebral”.

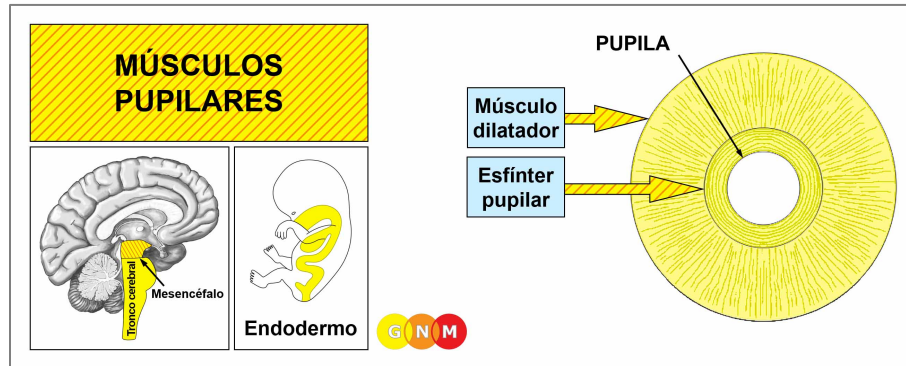
NOTA: El nervio óptico es un nervio emparejado que transmite información visual desde la retina a la **corteza visual** en la parte posterior del cerebro. Es uno de los dos nervios craneales (el otro siendo el nervio olfatorio que inerva el **bulbo olfatorio**) que son una protuberancia del cerebro. Los nervios ópticos están compuestos en gran parte por células gliales. Por lo tanto, un agrandamiento del nervio óptico se denomina “glioma del nervio óptico” o neuroma óptico, que puede surgir en cualquier lugar a lo largo de la vía del nervio óptico. En términos de GNM, un **neuroma óptico** que se desarrolla en el tronco cerebral (en **PCL-B**) se origina a partir de un conflicto de “bocado visual” que involucra la coroides (comparad con neuroma acústico relacionado con un “bocado de sonido” y el nervio acústico).



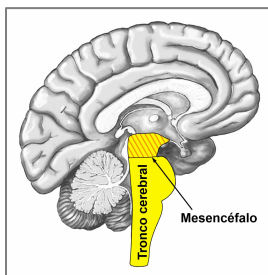
En el **iris**, la tuberculosis perdurable conduce eventualmente a una pérdida de tejido del iris (**coloboma**) con el resultado de que la pupila se agranda en esa área.



La **iritis** es una inflamación dolorosa del iris. La condición puede ocurrir junto con **coroiditis**, una inflamación de la coroides. La **uveítis** involucra toda la úvea.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS PUPILARES: La pupila es el agujero negro redondo en el centro del iris. Su negrura se debe a la falta de reflejo de la luz desde el interior del ojo. Las pupilas constan de dos músculos que regulan la cantidad de luz que entra al ojo. El **músculo dilatador** ensancha las pupilas permitiendo que pase más luz a través de los ojos; el **esfínter pupilar** estrecha las pupilas para que llegue menos luz a la retina. Con luz brillante, el músculo del esfínter se contrae mientras que el músculo dilatador se relaja, haciendo que la apertura sea más pequeña. Con poca luz, el músculo del esfínter se relaja mientras que el músculo dilatador se contrae, abriendo la apertura. El músculo dilatador está inervado por los nervios simpáticos, por lo que las pupilas se agrandan durante el estrés (simpaticonía) o la excitación sexual. El esfínter pupilar está inervado por nervios parasimpáticos que hacen que las pupilas se vuelvan pequeñas durante la relajación (vagotonía). En términos evolutivos, los músculos pupilares pertenecen la copa del ojo primordial que se desarrolló a partir de las células intestinales (ved también músculos ciliares y cuerpo ciliar). Al igual que los músculos intestinales que mueven el “bocado de comida” a lo largo del canal intestinal a través del movimiento peristáltico, los músculos pupilares se contraen y expanden en respuesta al “bocado de luz”. El músculo dilatador y el esfínter pupilar están compuestos de músculo liso, derivan por tanto del endodermo y están controlados desde el mesencéfalo.



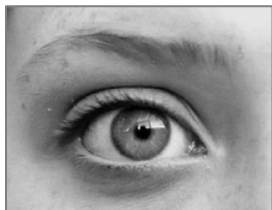
NIVEL CEREBRAL: Los músculos pupilares se controlan desde el **mesencéfalo**, ubicado en la parte más externa del tronco cerebral.

CONFLICTO BIOLÓGICO: Según su función, los músculos pupilares están ligados a un **conflicto de bocado relacionado con la luz** – literalmente o figurativamente.

El **músculo dilatador** de la **pupila derecha** corresponde al conflicto de “**no hay suficiente luz para atrapar un bocado**”. Esto puede estar relacionado con cualquier información importante (en un tablero o pantalla), advertencias (“¡Cuidado dónde pisas!”), señales (una señal de tráfico) o una persona que se pasó por alto debido a la falta de luz. La **pupila izquierda** se correlaciona con “**no hay suficiente luz para eliminar un bocado**”, por ejemplo, si uno no puede evitar una situación peligrosa (un accidente, un ataque) porque estaba demasiado oscuro (comparad con la angustia de la oscuridad repentina y prolongada asociada con la glándula pineal). En sentido figurativo, el conflicto puede ser provocado si uno inesperadamente no está en el “centro de atención” o no se presenta en la “luz adecuada”.

El **esfínter pupilar** de la **pupila derecha** corresponde al conflicto de “**demasiada luz para atrapar un bocado**” (un bocado visual que es de importancia), digamos, porque uno estaba cegado por el sol o por luces brillantes como faros, focos, un reflector, una linterna (policia) o un dispositivo de soldadura. La **pupila izquierda** se correlaciona con “**demasiada luz para eliminar un bocado**”, por ejemplo, si uno no puede prevenir una situación peligrosa porque había demasiada luz. En sentido figurativo, el conflicto podría desencadenarse cuando el “foco de atención” se pone sobre alguien, sacando algo desagradable o vergonzoso “a la luz”.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO:



La angustia del “exceso de luz” causa una **hipertonía sostenida del esfínter pupilar**. El **propósito biológico del incremento de la tensión muscular** es hacer que la pupila sea más pequeña para que entre menos luz al ojo. Una **constricción prolongada o excesiva de la pupila** se llama **miosis**.

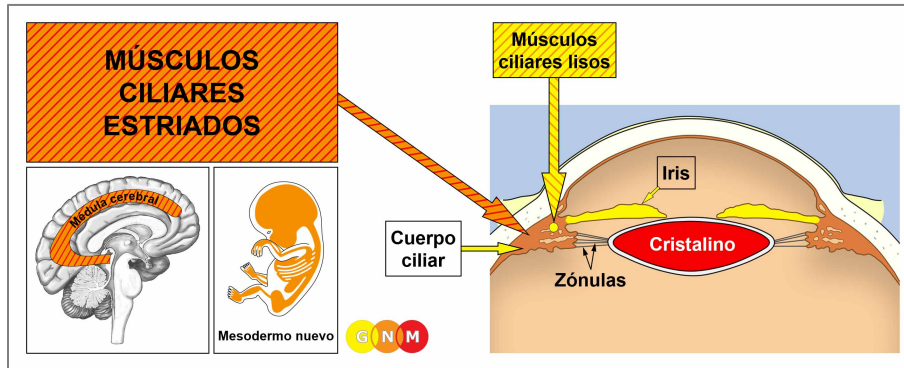


La angustia de la “falta de luz” causa una **hipertonía sostenida del músculo dilatador**. El **propósito biológico del incremento de la tensión muscular** es ensanchar la pupila para que pueda pasar más luz a través del ojo. Una **dilatación prolongada o excesiva de la pupila** se llama **midriasis**, que causa **sensibilidad a la luz**.

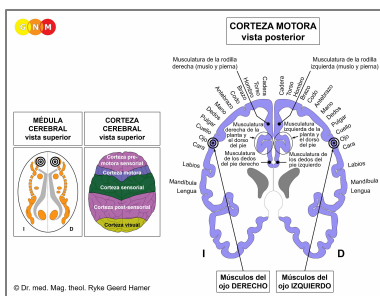


Un agrandamiento de la pupila derecha, como se ve en esta imagen, revela que la persona está en conflicto activo con “no hay suficiente luz para atrapar un bocado”.

FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación, la tensión muscular vuelve a la normalidad. La Crisis Epileptoide se presenta como **espasmos pupilares** (comparad con el aleteo del cristalino y el nistagmo relacionado con los músculos extraoculares).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS CILIARES: El cuerpo ciliar contiene un conjunto de músculos ciliares que regulan el cambio de la forma del cristalino (acomodación) para producir una visión clara a diferentes distancias. Los ligamentos, llamados zónulas, conectan el cuerpo ciliar con el cristalino para mantenerlo en su lugar. La contracción de los músculos ciliares relaja las zónulas haciendo que el cristalino se vuelva más redondo, lo que aumenta su poder para enfocar los objetos cercanos. Cuando los músculos ciliares se relajan, las zónulas tiran de los bordes del cristalino haciéndolo más plano para ver objetos a gran distancia. Los músculos ciliares están compuestos por músculos lisos (involuntarios) y músculos estriados (voluntarios). En términos evolutivos, los músculos ciliares lisos pertenecen la **copa del ojo primordial** (ved el cuerpo ciliar y los músculos pupilares); por lo tanto, se originan del endodermo y se controlan desde el mesencéfalo. Los músculos ciliares estriados se derivan del mesodermo nuevo y se controlan desde la médula cerebral y la corteza motora.



NIVEL CEREBRAL: Los músculos ciliares estriados 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 capacidad de contraer y relajar los músculos ciliares se controla desde la **corteza motora** (parte de la corteza cerebral). El músculo ciliar estriado del ojo derecho se controla desde el lado izquierdo del cerebro; el músculo ciliar del ojo izquierdo se controla desde el hemisferio cerebral derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (ved el diagrama de la GNM que muestra el **homúnculo motor**). Los músculos ciliares lisos se controlan desde el **mesencéfalo**, ubicado en la parte más externa del tronco cerebral.

NOTA: Los músculos ciliares estriados y los músculos extraoculares comparten los mismos relés cerebrales.

MÚSCULOS CILIARES LISOS

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a los músculos ciliares lisos es “**no poder ver lo que está cerca**” (dificultades para leer letra pequeña, por ejemplo, en un periódico, en una pizarra, pantalla de computadora o pantalla de teléfono), “**no tener permitido ver lo que está cerca**”, o “**no querer ver lo que está cerca**” (no querer ver lo que sucede frente a los ojos, por ejemplo, violencia familiar; querer jugar al aire libre en lugar de hacer los deberes).

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: hipertonía sostenida (contracción) de los músculos ciliares lisos causando una tensión relajada en las zónulas y subsecuentemente un cristalino curvo, que sirve el propósito biológico de poder ver mejor lo que está cerca. La actividad conflictiva en curso da como resultado **borrosa visión lejana pero nítida visión cercana o miopía** (ved también córnea y retina).

NOTA: Trabajar con herramientas finas (costura) o “mirar la pantalla todo el día” sobrecarga el poder de enfoque de los músculos ciliares que conduce con el tiempo a la miopía, sin un DHS.

FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación, la tensión muscular vuelve a la normalidad. La Crisis Epileptoide se manifiesta como un **aleteo del cristalino** al que se unen los músculos ciliares o más bien las zónulas (comparad con los espasmos pupilares y el nistagmo relacionado con los músculos extraoculares).

MÚSCULOS CILIARES ESTRIADOS

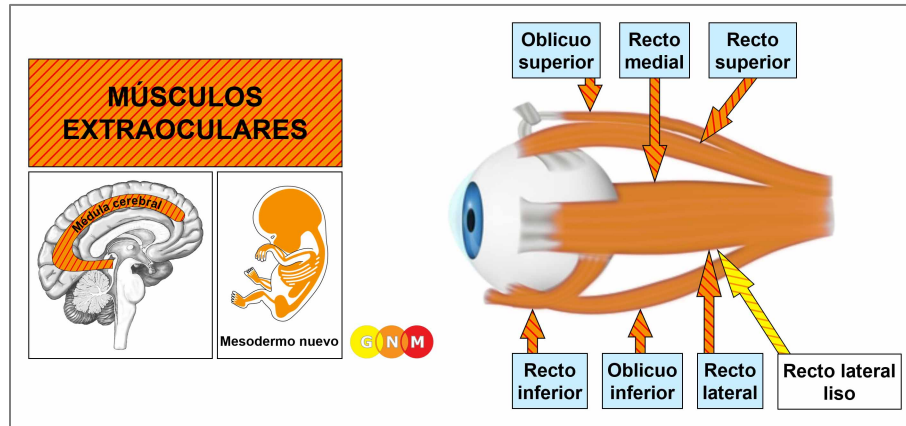
CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a los músculos ciliares estriados es “**no poder ver lo que hay en la distancia**” (una persona u objeto está demasiado lejos para ser reconocido o identificado; dificultad para leer un signo porque está demasiado lejos) o “**no tener permitido ver lo que está lejos**” (no poder visitar a alguien o hacer un viaje) pero también “**no querer ver lo que hay en la distancia**” (una persona que se va).

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: pérdida celular (necrosis) de los músculos ciliares (controlada desde la médula cerebral) y, proporcional al grado de actividad conflictiva, incremento de la **parálisis** (debilidad) de los músculos ciliares estriados (controlados desde la corteza motora). Esto hace que las zónulas se aprieten haciendo que el cristalino sea plano, lo que sirve para el propósito biológico de poder ver mejor lo que está lejos. La actividad conflictiva prolongada resulta en **borrosa visión cercana pero nítida visión lejana o hiperopía** (ved también cristalino y retina).

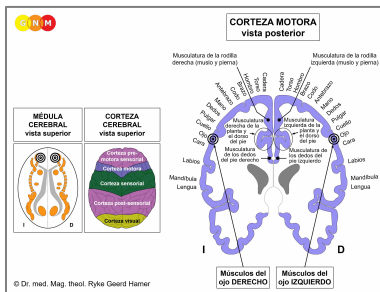
NOTA: Los músculos estriados pertenecen al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado con pérdida funcional (ved también los Programas Especiales Biológicos de las células de los islotes del páncreas (células alfa de los islotes y células beta de los islotes), oído interno (cóclea y órgano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

FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación se reconstruye la necrosis. Dado que el músculo ciliar está unido al cristalino a través de las zónulas, la Crisis Epileptoide se manifiesta como un **aleteo del cristalino** (comparad con los espasmos pupilares y el nistagmo relacionado con los músculos extraoculares).

Al final de la fase de curación, el músculo ciliar estará más fuerte que antes. Este principio, es decir, que un órgano funciona de manera más eficiente después de que se ha completado la curación, se aplica sin excepción a todos los **órganos controlados por la médula cerebral**.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS EXTRAOCULARES: Los músculos extraoculares son seis pequeños músculos que rodean el ojo y controlan su movimiento. Cuatro músculos rectos regulan el movimiento del globo ocular de izquierda a derecha y de arriba a abajo: el **recto superior** mueve el ojo hacia arriba, el **recto inferior** mueve el ojo hacia abajo, el **recto medial** mueve el ojo hacia adentro (hacia la nariz), y el **recto lateral** mueve el ojo hacia afuera (lejos de la nariz). Los dos músculos oblicuos son los principales responsables de la rotación de los ojos: el **oblicuo superior** gira el ojo hacia adentro y hacia abajo, el **oblicuo inferior** gira el ojo hacia afuera y hacia arriba. Los músculos extraoculares están formados principalmente por músculos estriados que se originan del mesodermo nuevo. Se controlan desde la médula cerebral y la corteza motora (comparad con el músculo recto lateral liso).



NIVEL CEREBRAL: Los músculos extraoculares 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 capacidad de mover el ojo se controla desde la **corteza motora** (parte de la corteza cerebral).

Los músculos del ojo derecho se controlan desde el lado izquierdo del cerebro; los músculos del ojo izquierdo se controlan desde el hemisferio cerebral derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (ved el diagrama de la GNM que muestra el [homúnculo motor](#)).

NOTA: Los músculos extraoculares y los músculos ciliares estriados comparten los mismos relés cerebrales.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a los músculos extraoculares es “**no querer mirar hacia una cierta dirección**” por algo angustioso “ahí”. Los recién nacidos, por ejemplo, sufren el conflicto cuando son cegados por una luz fluorescente brillante en la sala de partos. Los músculos extraoculares también corresponden a “**no tener permitido mirar allí**” (un estudiante es sorprendido haciendo trampa mientras intentaba copiar el examen de su vecino) y “**no poder mirar allí**” (un infante no puede mirar hacia la madre).

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: pérdida celular (necrosis) de tejido muscular (controlada desde la médula cerebral) y, proporcional al grado de actividad conflictiva, aumento de la **parálisis del músculo ocular afectado** (controlado desde la corteza motora).

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 (perioestio y tálamo).

La parálisis o debilidad del músculo del ojo causa **estrabismo**, la incapacidad de alcanzar la visión binocular (ved también estrabismo causado por el daño del nervio motor ocular común debido a un tumor de la glándula pineal). Dependiendo de la naturaleza exacta del conflicto, uno o ambos ojos se desvían hacia adentro, hacia afuera, hacia arriba o hacia abajo.

NOTA: Si el músculo ocular del ojo derecho o izquierdo (o ambos) se ve afectado está determinado por la lateralidad biológica de una persona y si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. Un conflicto localizado afecta el músculo del ojo que está asociado con la situación de conflicto específica.

Esotropía de estrabismo (bizco): uno o ambos ojos se desvían hacia adentro.



Ambos ojos se vuelven hacia adentro y hacia abajo porque los músculos oculares que tiran de los ojos hacia afuera (recto lateral) y hacia arriba (recto superior) están paralizados.



El ojo derecho gira hacia adentro porque el músculo del ojo que tira del ojo hacia afuera (recto lateral) está paralizado. Si la persona, digamos un niño, es zurdo, entonces el conflicto (“no quería, no estaba permitido o no podía mirar hacia la derecha”) está asociado con la madre o relacionado con la situación. Para un diestro, el conflicto está relacionado con la pareja.

Exotropía de estrabismo (ojos hacia la pared): uno o ambos ojos se desvían hacia afuera.



El ojo derecho gira hacia afuera porque el músculo del ojo que tira del ojo hacia adentro (recto medial) está paralizado. Si la persona es diestra, entonces el conflicto (“no quería, no estaba permitido o no podía mirar hacia la izquierda”) está asociado con una pareja o relacionado con la situación. Para un zurdo, el conflicto está relacionado con la madre/hijo.

Hipertropía de estrabismo: uno o ambos ojos se desvían hacia arriba.



El ojo derecho gira hacia arriba porque el músculo del ojo que tira del ojo hacia abajo (recto inferior) está paralizado. Si la persona es zurda, entonces el conflicto (“no quiso, no se le permitió o no pudo mirar hacia abajo”) está asociado con su madre/hijo o relacionado con la situación. Para un diestro, el conflicto está relacionado con la pareja.

Hipotropía de estrabismo: uno o ambos ojos se desvían hacia abajo.



El ojo derecho gira hacia abajo porque el músculo del ojo que tira del ojo hacia arriba (recto superior) está paralizado. Si la persona es diestra, entonces el conflicto (“no quería, no estaba permitido o no podía mirar hacia arriba”) está asociado con una pareja o relacionado con la situación. Para un zurdo, el conflicto está relacionado con la madre/hijo. **La cicloforia** es un tipo de estrabismo en el que el eje de uno o ambos ojos gira hacia adentro o hacia afuera debido a la parálisis de los músculos oblicuos.



Si el ojo derecho está afectado y la persona es diestra, entonces el conflicto (“no quería, no estaba permitido o no podía mirar hacia abajo y hacia la derecha”) está asociado con una pareja o una situación relacionada. Para un zurdo, el conflicto está relacionado con la madre/hijo.

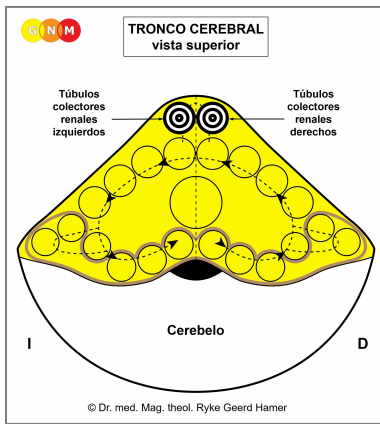
FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación se reconstruye la necrosis. La parálisis llega hasta **PCL-A**. La Crisis Epileptoide se presenta como un movimiento ocular involuntario, llamado **nistagmo**. Dependiendo de la naturaleza exacta del conflicto, el globo ocular se mueve hacia arriba y hacia abajo o de lado a lado (comparad con el aleteo del cristalino y los espasmos pupilares). Los aleteos recurrentes se desencadenan al ponerse en un raíl que se estableció cuando tuvo lugar el conflicto de “no quiero mirar allí”. El movimiento incontrolable de los ojos también podría ocurrir junto con una convulsión generalizada (gran mal) que involucre toda la **corteza motora**. Después de la Crisis Epileptoide, durante la **PCL-B**, la función del músculo ocular vuelve a la normalidad.

Al final de la fase de curación, el músculo del ojo estará más fuerte que antes. Este principio, es decir, que un órgano funciona de manera más eficiente después de que se ha completado la curación, se aplica sin excepción a todos los **órganos controlados por la médula cerebral**.

Los ojos saltones (proptosis, exoftalmos) son causados por un agrandamiento de las estructuras dentro de la cuenca del ojo que empuja el globo ocular fuera de la órbita, como un telescopio. La hinchazón continua de la glándula lagrimal, por ejemplo, puede provocar un desplazamiento anterior del ojo. Lo mismo podría ocurrir con una acumulación de tejido conectivo; en este caso, el conflicto subyacente es un conflicto de desvalorización de sí mismo. La condición, también conocida como **enfermedad de Graves o enfermedad de Basedow**, generalmente se asocia con el hipertiroidismo. Desde el punto de vista de la GNM, una tiroides hiperactiva y una protuberancia del globo ocular solo ocurren juntas cuando el conflicto de la tiroides se combina con un conflicto de desvalorización de sí mismo relacionado con los ojos (“Mis ojos no fueron lo suficientemente rápidos para atrapar o eliminar un bocado”).



La teoría de una correlación entre la enfermedad de Graves y el hipertiroidismo no puede explicar por qué la protuberancia del globo ocular afecta solo a un ojo. Basado en el principio de lateralidad, un desplazamiento del ojo izquierdo (como se ve en esta imagen) revela que el conflicto de desvalorización de sí mismo está asociado con la madre si el niño es diestro.

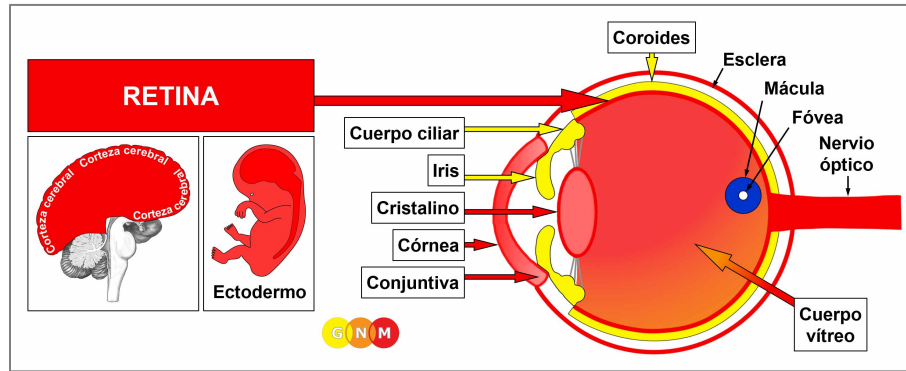


El **recto lateral liso** es inervado por el nervio abducens (sexto nervio craneal) que se origina en la protuberancia del tronco cerebral, precisamente, en los centros de control de los túbulos colectores renales.

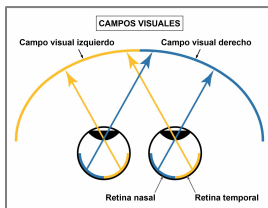
En caso de un conflicto de abandono o existencia, el recto lateral tira del ojo o los ojos hacia afuera. Cuando el conflicto impacta en el relé de los túbulos renales derechos, el ojo derecho se desvía hacia la derecha; cuando los túbulos renales izquierdos se ven afectados, el ojo izquierdo se desvía hacia la izquierda. Con dos conflictos activos de abandono o existencia que involucran ambos túbulos renales, ambos ojos se desvían hacia los lados (ved Constelación de los Túbulos Colectores Renales). Esto se denomina comúnmente **“ojo vago”** o **ambliopía**. No debería sorprender que la afección se presente a menudo en niños. Si la parte lisa del recto lateral se ve afectada, la persona puede tirar voluntariamente del ojo a la posición correcta ya que el músculo ocular no está paralizado. En este caso, la persona está más en conflicto activo con un conflicto de abandono o existencia que con un conflicto visual de sentirse “encallado” relacionado con el **recto lateral estriado** con parálisis en la fase de conflicto activo (ved exotropía del estrabismo).



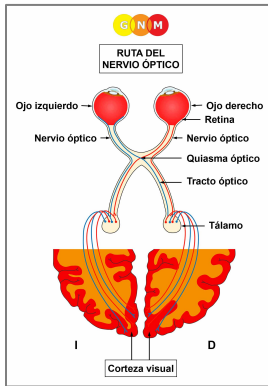
Estas dos imágenes del existencialista francés Jean-Paul Sartre muestran que en un momento el ojo derecho se desvía hacia afuera y en otro momento el ojo izquierdo, apuntando a conflictos de existencia alternos.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA RETINA: La retina es una capa de nervios sensible a la luz que recubre la parte posterior del ojo. La retina contiene neuronas como fotorreceptores (bastones y conos) que reciben luz y colores del cristalino y los convierten en impulsos que se envían a través del nervio óptico a la corteza visual en la parte posterior del cerebro. La **mácula**, ubicada cerca de la porción central de la retina, es responsable de la visión central. Dentro de la mácula central se encuentra la **fóvea**, que es un pequeño hoyo que permite la mayor agudeza visual. La retina se origina del ectodermo y se controla desde la corteza visual.

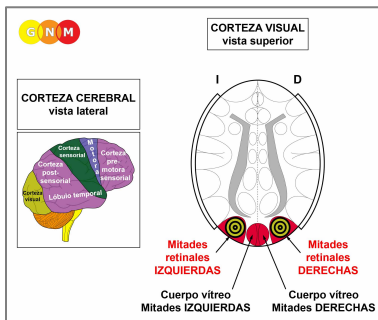


Los **campos visuales** de cada ojo se dividen en un campo derecho e izquierdo, llamados campos temporales (cerca del hueso temporal) y campos nasales (cerca de la nariz). Igualmente, la retina de cada ojo se divide en dos mitades: la retina temporal y la retina nasal. Las mitades derechas de la retina de ambos ojos (flechas naranjas) reciben imágenes predominantemente del campo visual izquierdo (90% desde la izquierda, 10% desde la derecha) mientras que las mitades izquierdas de la retina (flechas azules) reciben imágenes principalmente del campo visual derecho (90% desde la derecha, 10% desde la izquierda). Teniendo en cuenta la refracción de la luz por la córnea y el cristalino, la imagen proyectada sobre la retina en realidad se invierte. Por lo tanto, lo que está en el campo de visión temporal de cada ojo es percibido por la retina nasal y lo que está en el campo de visión nasal es percibido por la retina temporal (ved también cuerpo vítreo). **NOTA:** Cuando los ojos todavía estaban colocados a los lados, los campos visuales no se superponían. Los campos visuales conjuntos de ambos ojos se desarrollaron después de que los ojos se hubieran movido hacia el frente.



Ruta del Nervio Óptico: La percepción visual, generada por fotorreceptores en la retina, sale de los ojos a través del nervio óptico. Las ramas derecha e izquierda del nervio óptico se unen detrás de los ojos, justo en frente de la glándula pituitaria, para formar una estructura en forma de cruz llamada **quiasma óptico**. Dentro del quiasma óptico, las fibras nerviosas de la mitad nasal de cada retina se cruzan, pero las de la mitad temporal no, ya que ya están posicionadas para ver el reverso de una imagen. Después del quiasma óptico, los nervios continúan su camino a lo largo de los tractos ópticos. La mayoría de las fibras nerviosas ingresan al tálamo. Desde allí, los nervios conducen a la corteza visual en la parte posterior del cerebro. Los nervios de las mitades derechas de la retina que reciben imágenes del campo visual izquierdo van al lado derecho de la corteza visual; los nervios de las mitades izquierdas de la retina que reciben imágenes del campo visual derecho van al hemisferio izquierdo. El cruce de los nervios ópticos en el quiasma es el requisito para que las imágenes proyectadas sobre la retina lleguen a ambos lados de la corteza visual. Allí, las imágenes vistas por cada ojo se procesan en una sola imagen, que representa la imagen tal como se percibió originalmente.

NOTA: El nervio óptico emergió de los relés cerebrales que inervaban la copa del ojo primordial (la coroides actual).



NIVEL CEREBRAL: La retina se controla desde la **corteza visual**. La mitad derecha de la retina de cada ojo se controla desde el lado derecho de la corteza visual; la mitad izquierda de la retina de cada ojo se controla desde el hemisferio cerebral izquierdo. No existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: Los centros de control de la retina están próximos a los relés cerebrales del cuerpo vítreo.

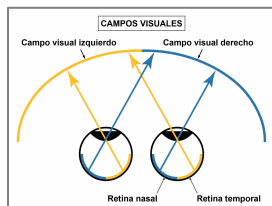
CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a la retina se relaciona con un **miedo del que uno no puede sacudirse de encima** (comparad con el cuerpo vítreo), por ejemplo, el miedo a perder a un ser querido o su hogar, el miedo al castigo, el abuso, el desempleo. (deudas, pobreza), persecución (religiosa, étnica, política), o el miedo a tener cáncer (exámenes médicos, exámenes de seguimiento). Los niños sufren el conflicto cuando son testigos de la violencia doméstica.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: pérdida funcional por pérdida de células fotorreceptoras de la retina con el **propósito biológico** de hacer invisible temporalmente lo que evoca el miedo (cuando los niños tienen miedo se tapan los ojos). La pérdida de los bastoncillos, responsables de la visión a niveles bajos de luz, produce **nictalopía** o “ceguera nocturna” con dificultad para ver con poca luz o en la oscuridad.

NOTA: La retina pertenece al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado no con proliferación celular o pérdida celular sino con hiperfunción (ved también periostio y tálamo) o pérdida funcional (ved los Programas Especiales Biológicos del oído interno (cóclea y órgano vestibular), nervios olfatorios, cuerpo vítreo de los ojos, células de los islotes del páncreas (células alfa de los islotes y células beta de los islotes), músculos esqueléticos).

La intensa actividad conflictiva conduce a una **visión disminuida en un área definida del campo visual (escotoma)** como resultado de la descomposición de las células de la retina (comparad con el escotoma centelleante). Sin embargo, con un conflicto moderado, es posible que no se note la reducción de la visión, ya que las otras mitades de la retina compensan la pérdida de visión.

NOTA: Si las mitades derechas o izquierdas de la retina se ven afectadas está determinado por la lateralidad biológica de una persona y si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o la pareja.

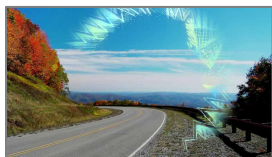


En cuanto a la retina, el principio de lateralidad se invierte (ved también cuerpo vítreo).

Las mitades derechas de la retina (flechas naranjas) miran predominantemente hacia la izquierda para recibir imágenes del campo visual izquierdo. Por lo tanto, para las personas diestras, las mitades derechas de la retina se relacionan con la madre y los hijos, para los zurdos con una pareja.

Las mitades izquierdas de la retina (flechas azules) miran hacia la derecha para recibir imágenes del campo visual derecho. Por lo tanto, para las personas diestras, las mitades izquierdas de la retina se relacionan con un compañero, para los zurdos con la madre y los hijos.

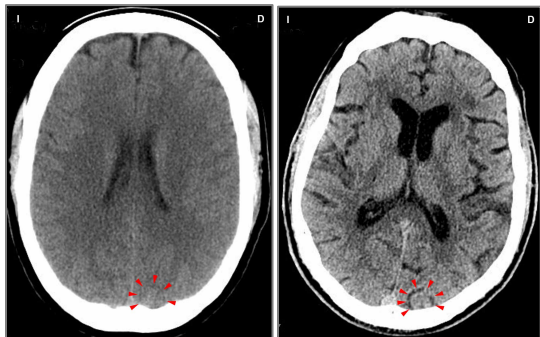
FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación se restablece la función de las células fotorreceptoras. En **PCL-A**, se forma un edema entre la coroides y el área afectada de la retina. Durante la Crisis Epileptoide se expulsa el edema, que se nota como **destellos de luz** (fotopsia). Los destellos pueden ser breves ráfagas o suceder continuamente hasta que se repare la retina.



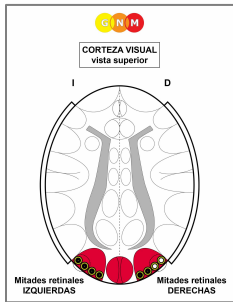
Un **“escotoma centelleante”** se presenta como chispas visuales, luces parpadeantes, líneas en zig-zag brillantes o patrones de colores en el campo visual. Los episodios recurrentes se desencadenan al ponerse en un raíl que se estableció cuando tuvo lugar el conflicto de miedo original; su duración está determinada por la intensidad de la Crisis Epileptoide.

Las auras visuales a menudo preceden a una migraña. Sin embargo, no todas las personas con migrañas las experimentan y, a menudo, las auras aparecen sin el dolor de las migrañas. Por lo tanto, debemos considerar una combinación de dos eventos de Epi-Crisis diferentes.

Las recurrentes recaídas conflictivas conducen a una acumulación de tejido cicatricial y a un endurecimiento (callosidad) en la retina. Si el endurecimiento ocurre lateralmente (en el costado), el **globo ocular se alarga** causando **borrosa visión lejana pero nítida visión cercana o miopía** (ved también músculo ciliar liso y córnea), mientras que el endurecimiento trasero (dorsal) **comprime el globo ocular** causando **borrosa visión cercana pero nítida visión lejana o hiperopía** (ved también cristalino y músculo ciliar estriado en ambos ojos). En este punto, la condición es irreversible.

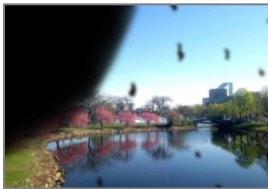


Ambas TC muestran un Foco de Hamer (en diferentes capas) en el relé de la retina derecha para las mitades derechas de la retina de ambos ojos. La imagen de la izquierda presenta la fase de conflicto activo (configuración de anillo nítido); la imagen de la derecha la fase de curación (anillo edematoso). Para una persona diestra, el conflicto de miedo se relaciona con su madre o sus hijos; para una persona zurda a un compañero (ved lateralidad biológica más arriba).



NOTA: Las mitades derechas de la retina miran 90% a la izquierda y 10% a la derecha (las mitades izquierdas de la retina miran 90% a la derecha y 10% a la izquierda) – ved campos visuales. Si el impacto del conflicto relacionado con la retina ocurre en las porciones externas del relé de la retina derecha (ved el diagrama de la GNM), solo el ojo derecho se ve afectado (lo mismo se aplica a cuerpo vítreo).

Un gran edema entre la coroides y la retina (usualmente debido a la retención de agua debida al SÍNDROME) saca la retina de su posición normal. Esto generalmente se denomina **desprendimiento retinal** (estrictamente hablando, un nombre inapropiado ya que la retina no se “desprende”). Sin recaídas en el conflicto, la condición se revierte por sí sola. Sin embargo, si el conflicto de miedo persiste, la curación no puede ser completa y la visión se reduce drásticamente. El pánico a quedarse ciego a menudo agrega nuevos miedos creando una condición progresiva. **PRECAUCIÓN:** Agacharse o realizar un esfuerzo físico, por ejemplo, al levantar algo pesado, puede provocar una ruptura de la retina.



El edema que se desarrolla entre la coroides y la retina (en PCL-A) provoca una pérdida de la visión periférica (ved también cuerpo vítreo)

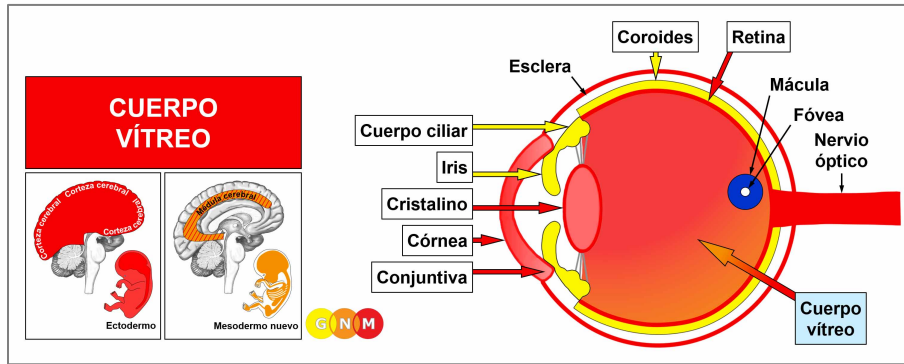
Cuando las mitades izquierdas de la retina se ven afectadas, como se ve en esta imagen, el conflicto de miedo se asocia con un compañero, si la persona es diestra; para un zurdo con su madre o sus hijos (ved la lateralidad biológica arriba).

Lo que se denomina “**retinopatía diabética**” se basa en la suposición de que un nivel elevado de azúcar en sangre daña la retina. Sin embargo, ¡No todos los diabéticos desarrollan la enfermedad! Desde el punto de vista de la GNM, es el conflicto de resistencia adicional (una resistencia a la situación que provoca miedo) el que hace que los dos Programas Especiales Biológicos se ejecuten a menudo simultáneamente (ved también “neuropatía periférica diabética” relacionada con el periostio).

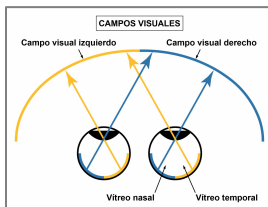


Se desarrolla una **pérdida de la visión central** cuando el proceso de curación involucra la mácula, una parte pequeña y muy sensible de la retina responsable de la visión central detallada (comparad con la pérdida de visión periférica relacionada con el cuerpo vítreo).

Una “**degeneración macular seca**” ocurre, en términos de GNM, en la fase de conflicto activo; una “**degeneración macular húmeda**”, que indica la presencia de un edema (acumulación de fluido), durante la fase de curación. Un síntoma común de un **edema macular** es una **visión central borrosa** (comparad con la visión borrosa relacionada con la córnea). Si la curación no puede ser completa debido a las continuas recaídas en el conflicto, la condición puede conducir a la ceguera.

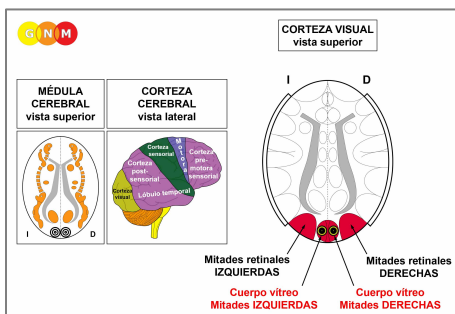


DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL CUERPO VÍTREO: El cuerpo vítreo ocupa el espacio entre el cristalino y la retina detrás del ojo. El fluido producido en el cuerpo ciliar llena el vítreo con una sustancia gelatinosa compuesta por un 99% de agua aproximadamente. El gel, compuesto principalmente de colágeno, es transparente para que los rayos de luz puedan atravesarlo para llegar a la retina. La presión intraocular mantiene la forma del ojo y evita que las paredes del globo ocular colapsen. La esclerótica, una vaina de tejido conectivo, sostiene el globo ocular desde el exterior. El cuerpo vítreo consta de partes mesodérmicas, controladas desde la médula cerebral, y partes ectodérmicas, controladas desde la corteza visual.



Al igual que la retina, el cuerpo vítreo se divide en dos mitades, un vítreo temporal (cerca del hueso temporal) y un vítreo nasal (cerca de la nariz). Esto confirma que el cuerpo vítreo y la retina están estrechamente conectados funcionalmente.

De manera análoga a la transferencia de información de las mitades de la retina derechas e izquierdas, las imágenes percibidas desde el campo visual derecho e izquierdo van desde las mitades derechas e izquierdas del cuerpo vítreo sobre el quiasma óptico hasta la corteza visual (ved vía del nervio óptico).



NIVEL CEREBRAL: Los centros de control del cuerpo vítreo se encuentran en la **corteza visual** (partes ectodérmicas) y en la **médula cerebral** (parte mesodérmica). La mitad derecha del vítreo de cada ojo se controla desde el lado derecho del cerebro; las mitades izquierdas del vítreo de cada ojo se controlan desde el hemisferio cerebral izquierdo. No existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

NOTA: Los centros de control del cuerpo vítreo están próximos a los relés cerebrales de la retina.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado al cuerpo vítreo es un **miedo a un “depredador”** que “se acerca sigilosamente por detrás” (comparad con un “miedo del que uno no puede sacudirse de encima” relacionado con la retina). Por lo tanto, el conflicto es siempre el miedo a una persona, por ejemplo, el miedo a un abusador, un acosador, un difamador, un excónyuge amenazador, un pariente que busca la herencia, un supervisor, un maestro, un padre, un médico, un abogado o una autoridad (gobierno, oficina de impuestos, alguacil, policía, juez) que está “respirando por el cuello”. Este miedo también podría ser experimentado como sentirse presionado por alguien (en la escuela, en el hogar, en el trabajo).

NOTA: Si las mitades derechas o izquierdas del cuerpo vítreo se ven afectadas está determinado por la lateralidad biológica de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. Como con la retina, **el principio de lateralidad se invierte**. Por lo tanto, para una persona diestra, las mitades derechas del vítreo se relacionan con su madre e hijo(s), las mitades izquierdas del cuerpo vítreo con su pareja; para los zurdos es al revés.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **necrosis** (controlada desde la médula cerebral) y **pérdida funcional** del cuerpo vítreo (controlada desde la corteza visual), causando una interferencia de la transmisión de luz a la retina y por tanto un **enturbiamiento del vítreo** (comparad con enturbiamiento del cristalino). Considerando que debido a la refracción de la luz por la córnea y el cristalino las imágenes proyectadas sobre la retina se invierten (lo que se percibe en el campo de visión temporal se registra en el vítreo nasal), el enturbiamiento del vítreo **afecta predominantemente a las mitades nasales y por lo tanto la visión periférica** (ved campos visuales). El **propósito biológico de la nubosidad** (enturbiamiento) es para difuminar la vista de uno mismo para evitar ver el “depredador” (fenómeno de las anteojeras de caballo); para poder concentrarse completamente en la ruta de escape.

NOTA: El cuerpo vítreo pertenece al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado no con proliferación celular o pérdida celular sino con hiperfunción (ved también periostio y tálamo) o pérdida funcional (ved los Programas Especiales Biológicos del oído interno (cóclea y órgano vestibular), nervios olfatorios, retina de los ojos, células de los islotes del páncreas (células alfa de los islotes y células beta de los islotes), músculos esqueléticos).

FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación, el enturbiamiento del cuerpo vítreo retrocede. En **PCL-A**, se desarrolla un edema (acumulación de líquido) en el sitio, que incrementa la presión intraocular en el ojo. Con el **SÍNDROME**, es decir, con la retención de agua como consecuencia de un conflicto activo de abandono o existencia, la presión del ojo se eleva mucho más. Durante la Crisis Epileptoide, el edema desaparece. Sin embargo, para mantener firme el globo ocular y evitar que colapse, la **presión intraocular permanece elevada durante y poco después de la Crisis Epileptoide** (en **PCL-B**). Con una curación pendiente debido a las continuas recaídas conflictivas, el nervio óptico es dañado, particularmente cuando el edema llega a la abertura del vítreo donde el nervio óptico sale del ojo. En medicina convencional, el daño al nervio óptico es conocido como **glaucoma** o **“catarata verde”** (comparad con “catarata gris” relacionado al cristalino).



Los episodios recurrentes de Crisis Epileptoide (“ataques de glaucoma”) conducen a una **pérdida** progresiva **de la visión periférica**, también conocida como **visión de túnel** (comparad con la pérdida de visión central relacionada con la mácula), y eventualmente a ceguera.

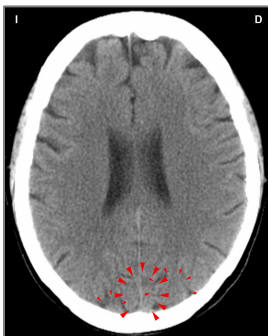
NOTA: El **cuerpo ciliar** produce un fluido acuoso que llena la **cámara anterior y cámara posterior del ojo** para mantener la presión intraocular del ojo. Partes del fluido se liberan en el cuerpo vítreo. Si se produce demasiado líquido, causado por **proliferación celular** en el cuerpo ciliar, debido a un conflicto activo de “bocado visual”, el fluido adicional se filtra al vítreo. Con una actividad de conflicto duradera, el **aumento de la presión intraocular** daña el nervio óptico. En la medicina convencional, esto se denomina “glaucoma secundario”. ¡En este caso, el glaucoma ocurre en la **fase de conflicto activo** y está relacionado con el cuerpo ciliar!

El nervio óptico esta alimentado por **vasos sanguíneos**, vinculado a un conflicto de desvalorización de sí mismo relacionado con el ojo. Durante la fase de curación (**PCL-B**), la pared interna del vaso sanguíneo puede desgarrarse y sangrar. El SÍNDROME aumenta significativamente el riesgo de un desgarre. En este caso, el nervio óptico se daña a pesar de que la **presión intraocular está dentro del rango normal**. En la medicina convencional esto se denomina “glaucoma de tensión normal”.

La **malla trabecular**, ubicada cerca del cuerpo ciliar, es responsable de la salida del líquido intraocular. Se compone principalmente de tejido conectivo, relacionado con un conflicto de desvalorización de sí mismo asociado con el(los) ojo(s). Durante la fase de curación (**PCL-B**), cuando la **pérdida celular** se repone a través de la proliferación celular, la salida de líquido podría bloquearse. **La acumulación de líquido aumenta la presión intraocular**, lo que a su vez daña el nervio óptico. En la medicina convencional esto se denomina “glaucoma de ángulo abierto”.

La presión intraocular permanentemente elevada causa una depresión del disco óptico, denominada **excavación papilar** (comparad con el papiledema, una inflamación del nervio óptico debido al incremento de la presión intracraneal; ved hidrocefalia).

El proceso de cicatrización (en **PCL-B**) se nota como “**moscas volantes**” que aparecen como puntos, filamentos, motas negras o grises, hilos o telarañas que se desplazan con el movimiento de los ojos. Las moscas volantes son visibles debido a las sombras que proyectan sobre la retina. Una vez que se ha completado el proceso de curación, las moscas volantes desaparecen. Con una curación pendiente debido a las constantes recaídas en el conflicto, el cuerpo vítreo se contrae lentamente y se aleja de la retina. Esto se llama **desprendimiento vítreo**. Lo que se conoce como “anillo de Weiss” es una mosca volante en forma de círculo que se crea por un desprendimiento del vítreo *posterior* alrededor del nervio óptico en la parte posterior del ojo (comparad con desprendimiento retinal). La separación de la retina daña la superficie de la retina. Cuando esto ocurre, la retina inicia un proceso de curación y forma tejido cicatricial o una membrana epirretiniana. Si el tejido cicatricial se forma sobre la mácula, la parte del ojo responsable de la visión central, esto se denomina **fruncimiento macular**, ya que causa que la mácula se “frunza” o se arrugue a medida que se encoge (comparad con la degeneración macular).



Esta TC muestra un conflicto central (relacionado con la madre/hijo y la pareja de una persona) en el área de la corteza visual que controla el cuerpo vítreo (ved [el diagrama de la GNM](#)). Las flechas pequeñas apuntan a los centros de control de la retina (ved [el diagrama de la GNM](#)) con un Foco de Hamer en ambos hemisferios cerebrales. Los anillos parcialmente edematosos (**PCL-A**) indican que la persona todavía tiene recaídas de conflictos de miedo. La combinación de los Programas Especiales Biológicos de la retina y el cuerpo vítreo ocurre, por ejemplo, si un niño vive con el temor de ser castigado (retina) por sus padres (cuerpo vítreo).

Fuente: www.learninggnm.com