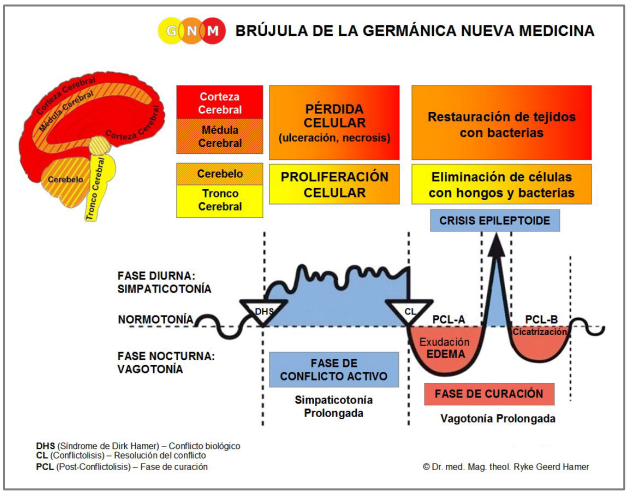
PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS

escrito por Caroline Markolin, Ph.D.



Haced clic para seleccionar ...

Útero y Trompas de Falopio

Músculos del Útero

Células Germinales

Ovarios (intersticio)

Mucosa del Cuello Uterino

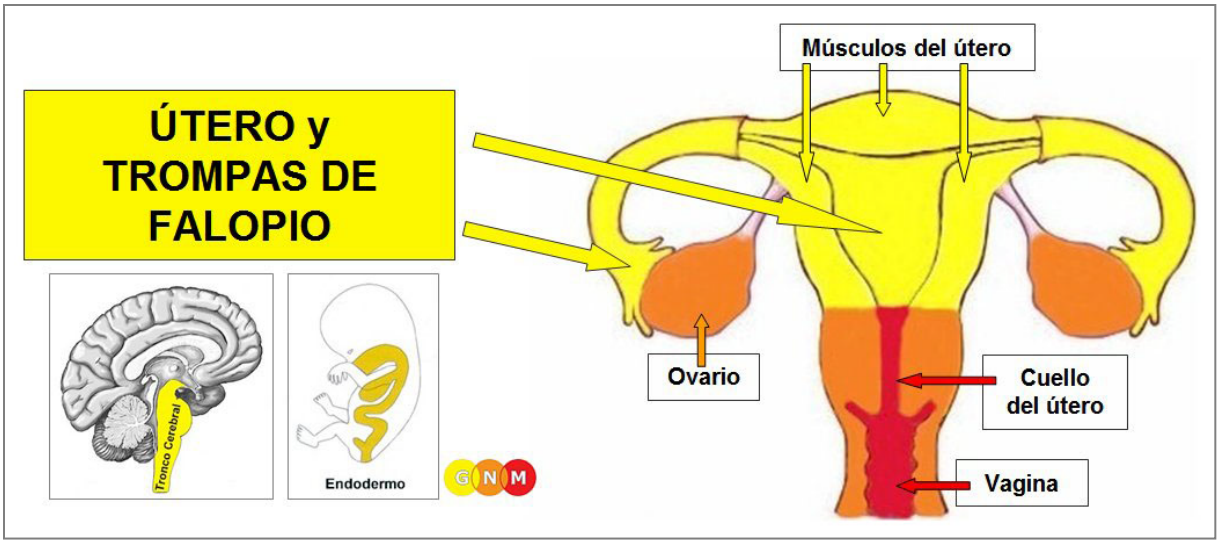
Músculos Cervicales y Esfínter Cervical

Glándulas de Bartholin

Mucosa Vaginal

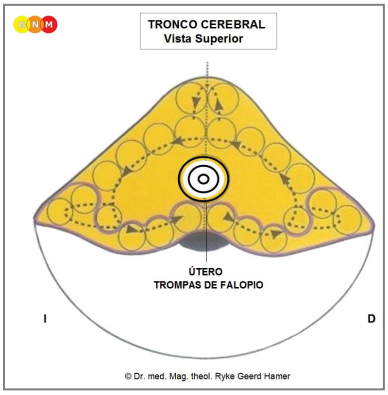
Músculos Vaginales

Glande del Clítoris



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

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



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

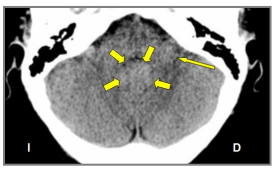
NOTA: El útero, las trompas de Falopio y la próstata comparten el mismo relé cerebral.

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

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

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

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



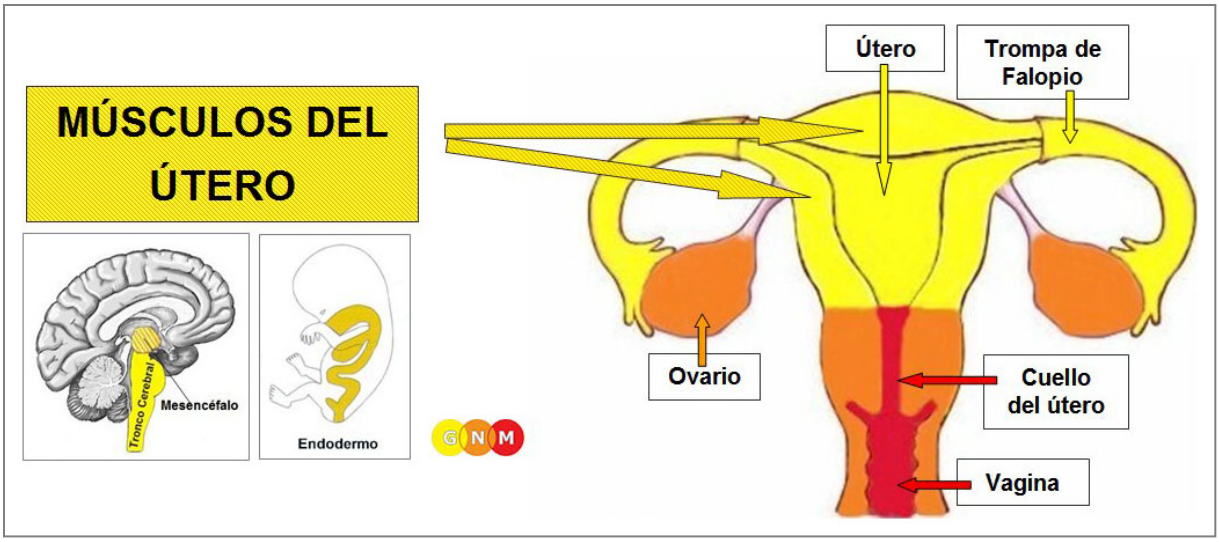
En esta TC del cerebro, vemos un Foco de Hamer en el relé del útero (ver el diagrama GNM) correspondiente a un cáncer de útero. El Foco de Hamer en el centro de control del hígado (en el hemisferio derecho del tronco cerebral) muestra el impacto de un conflicto de morirse de hambre (inanición), que ocurrió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

FASE DE CURACIÓN: Después de la resolución del conflicto (CL), los hongos o las micobacterias, como la bacteria de la tuberculosis (TB), eliminan las células que ya no son necesarias. El proceso de curación va acompañado de sudores nocturnos. Cuando los hongos asisten la curación, esto causa **candidiasis uterina** (compárese con la candidiasis vaginal relacionada con las glándulas de Bartholin). La secreción producida durante la descomposición celular (del tumor) se excreta a través de la vagina. La secreción es blanca (similar al queso), tiene un olor fétido distintivo y puede contener sangre. **NOTA:** El **"flujo vaginal"** se origina en el útero o trompas de Falopio y no, como se supone, en la vagina, ya que el canal vaginal no está dotado de una submucosa endodérmica y, subsecuentemente, no está poblado por hongos o bacterias.

La endometritis (que no debe confundirse con la endometriosis) es una inflamación en el útero con hinchazón dolorosa. Con la retención de agua concurrente (el SÍNDROME) como resultado de un un conflicto activo de abandono y existencia, la hinchazón se incrementa y también lo hace el dolor. En las trompas de Falopio, la hinchazón podría bloquear temporalmente la trompa afectada (ver también fase de conflicto activo). Dado que las trompas de Falopio son permeables, la secreción producida durante el proceso de descomposición puede filtrarse hacia la cavidad abdominal. La inflamación de las trompas se llama **salpingitis o anexitis** (el mismo término médico se usa para la inflamación de los ovarios). Si el conflicto afecta la trompa de Falopio derecha o izquierda es aleatorio.

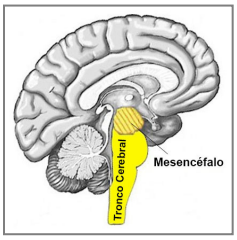
Con una fase de curación intensa, la pared externa del tumor del útero puede romperse y provocar un agudo **sangrado o hemorragia**, particularmente durante la menstruación, cuando la extirpación del tumor coincide con el desprendimiento de la decidua (revestimiento endometrial). Por lo tanto, **el sangrado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

Si los **microbios necesarios no están disponibles en el momento de la resolución del conflicto**, porque fueron destruidos por el uso excesivo de antibióticos, las células adicionales permanecen. Eventualmente, el crecimiento se encapsula con tejido conectivo. En la medicina convencional, esto generalmente se diagnostica como un "cáncer benigno" o un **pólipo uterino** (ver también fase de conflicto activo).



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

NOTA: Como todo Programa Especial Biológico de la Naturaleza, un **embarazo** progresa en dos fases. Durante los primeros tres meses de embarazo, la tensión muscular se incrementa (simpaticotonía) para asegurar el embrión recién implantado. Sin embargo, para prevenir un parto prematuro, los músculos del útero se relajan durante los seis meses restantes de gestación (vagotonia). La angustia inesperada (actividad conflictiva) experimentada por el feto o por la madre puede, por tanto, causar un aborto espontáneo. Comenzando al inicio del parto, los músculos del útero se contraen (calambres tónicos prolongados) con movimientos rítmicos, clónicos y peristálticos simultáneos (equivalentes a un cólico intestinal) para facilitar el parto (ver también músculos del cuello uterino, esfínter cervical y músculos vaginales). Desde un punto de vista evolutivo, las contracciones tónico-clónicas del parto se convirtieron en el modelo de la Crisis Epileptoide de los músculos estriados.

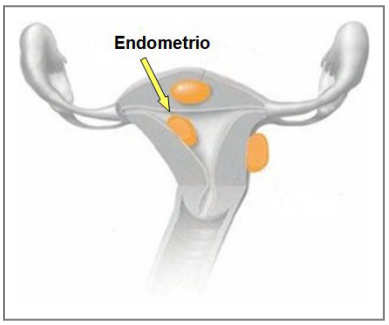


NIVEL CEREBRAL: Los músculos del útero se controlan desde el **mesencéfalo**, ubicado en la parte más externa del tronco cerebral.

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

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: proliferación celular con formación de **fibroides uterinos (fibromiomas o leiomiomas)**. El **propósito biológico del tejido muscular adicional** es incrementar la tensión (hipertonía) y fortalecer los músculos del útero para poder sostener mejor al feto o facilitar el parto. El tamaño del fibroide(s) está determinado por el grado y duración de la actividad conflictiva.

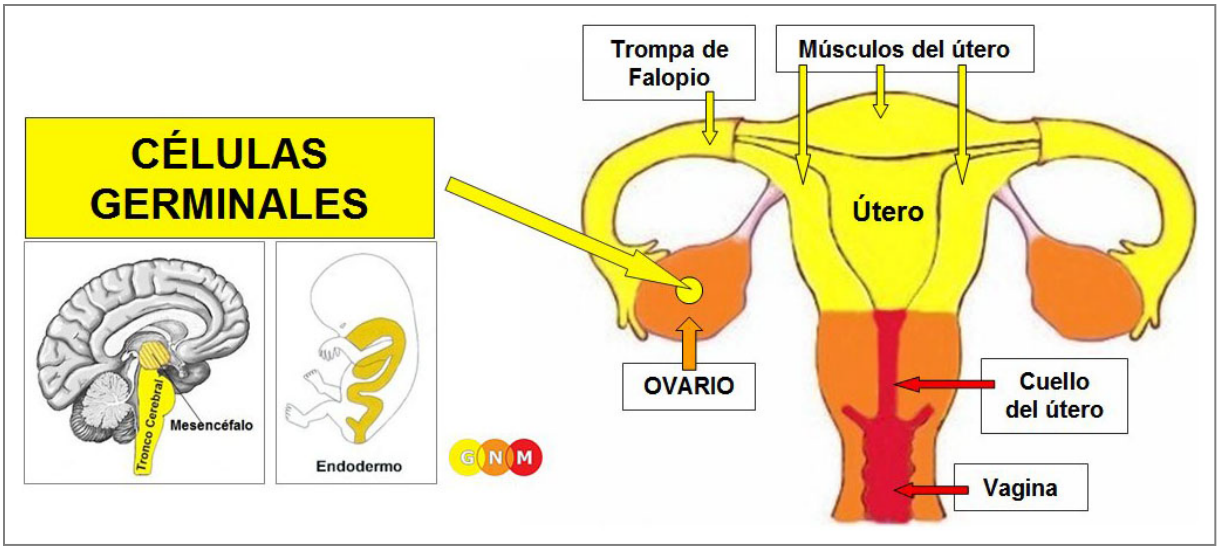
FASE DE CURACIÓN: La tensión muscular se normaliza. Sin embargo, para asegurar la procreación, los **fibroides permanecen pasada la compleción de la fase de curación**.



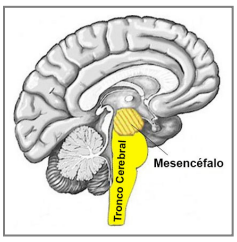
Los fibroides ubicados cerca del endometrio del útero pueden causar **sangrado** agudo, particularmente durante la Crisis Epileptoide, y **períodos menstruales abundantes**, ya que los fibroides están cubiertos por el revestimiento endometrial que se desprende durante la menstruación (ver también períodos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

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

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



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



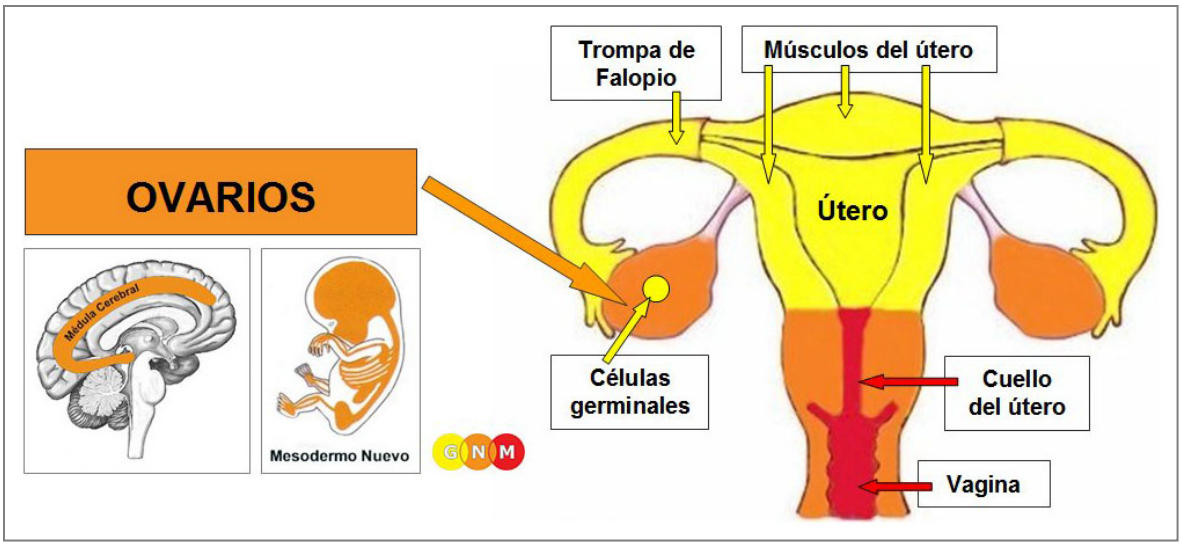
NIVEL CEREBRAL: Las células germinales femeninas (y masculinas) se controlan desde el **mesencéfalo**, ubicado en la parte más externa del tronco cerebral. Las células germinales del ovario derecho se controlan desde el lado derecho del mesencéfalo; las células germinales en el ovario izquierdo desde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

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

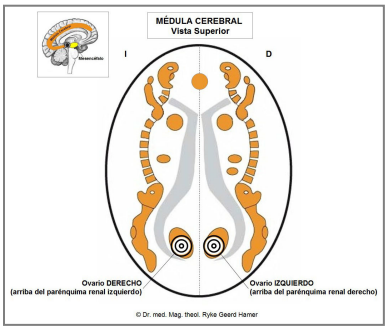
FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Durante la fase de conflicto activo, se desarrolla un **teratoma ovárico** (tipo secretor) o **tumor de células germinales** a partir del cuerpo lúteo (ver también teratoma testicular en varones). La significación de un teratoma se relaciona con la capacidad primordial de la partenogénesis, la reproducción sin fertilización. El **propósito biológico de las células germinales adicionales** es facilitar una reproducción más rápida en caso de pérdida de una descendencia. En la medicina convencional, un "teratoma maligno" se clasifica como un **cáncer de ovario** (compárese con el "cáncer de ovario" relacionado con los ovarios).

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

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



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



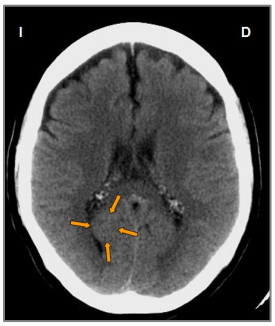
NIVEL CEREBRAL: Los ovarios se controlan desde la **médula cerebral**, en el área donde colinda con el mesencéfalo. El ovario derecho se controla desde el lado izquierdo del cerebro; el ovario izquierdo se controla desde el hemisferio cerebral derecho. Por tanto, existe una correlación cruzada entre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

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

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

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

> **NOTA:** Si el ovario derecho o izquierdo se ve afectado está determinado por la lateralidad biológica de la mujer y si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja.



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

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

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

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

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

NOTA: La medicina convencional usa un “antígeno del cáncer” llamado **CA 125** como marcador tumoral del cáncer de ovario. Al igual que la prueba de PSA, la prueba de detección de CA 125 no es confiable ni concluyente. “El problema es que, si bien el CA 125 es producido por células epiteliales de cáncer de ovario, también lo producen las células normales. Algunas personas tienen niveles naturalmente altos de CA 125. En muchos casos, la inflamación o irritación de los tejidos en el abdomen, o condiciones que incluyen fibroides uterinos, pueden hacer que los niveles de CA 125 aumenten. La endometriosis, las enfermedades hepáticas, incluidas la hepatitis y la cirrosis, y la enfermedad inflamatoria pélvica también pueden afectar los niveles de CA 125. Por otro lado, del 10 al 20 por ciento de las pacientes con cáncer de ovario tienen niveles normales de CA 125 cuando se diagnostican sus tumores. Un estudio encontró que entre las pacientes con cáncer de ovario en etapa 1, menos de la mitad tenían niveles anormales de CA 125 ". (Special Report: Tumor Marker CA 125)

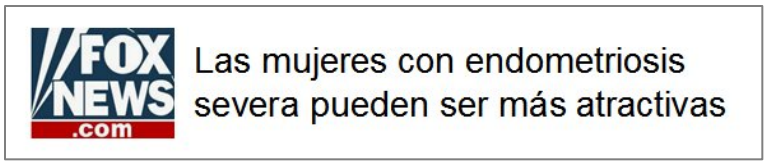
Después de la Crisis Epileptoide, el quiste ha perdido la mayor parte de su fluido. En **PCL-B**, el **quiste** se endurece, se separa del tejido vecino y, dotado de vasos sanguíneos, se **integra completamente en la función de producción de hormonas de los ovarios**. Y este es precisamente el **propósito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

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

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

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

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



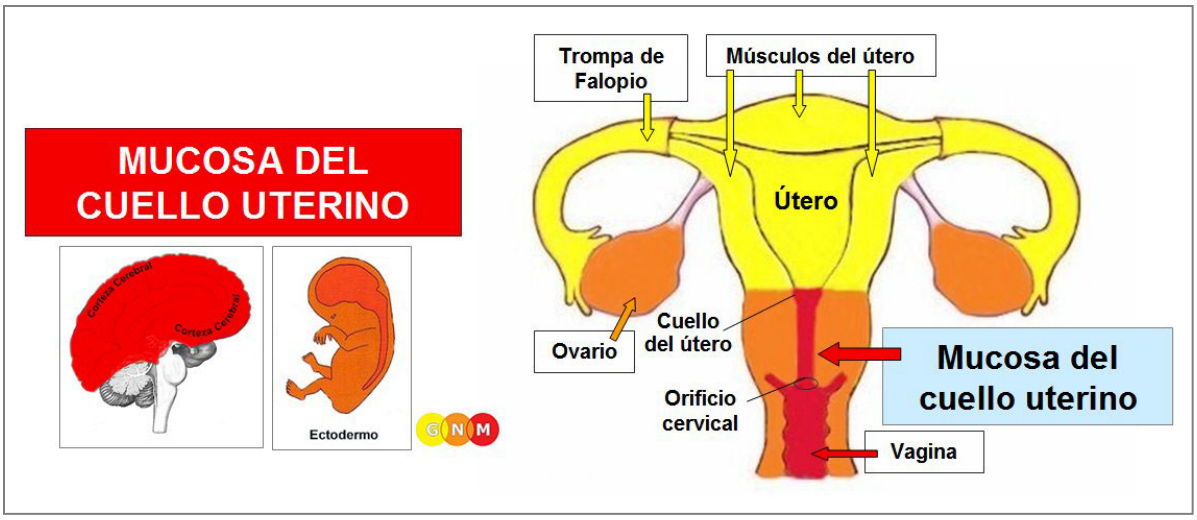
El Dr. Hamer recomienda encarecidamente que un quiste ovárico solo se extirpe cuando el quiste esté completamente madurado (indurado). La **cirugía** de un quiste semilíquido disemina las células ováricas hacia el área abdominal causando complicaciones innecesarias. En la medicina convencional, las "células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

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

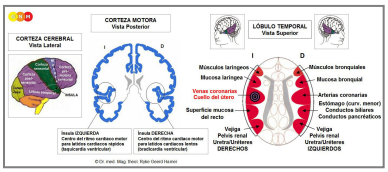
¿Son las Histerectomías demasiado comunes?

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

***TIME*, 17 de Julio de 2007**



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



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

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

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

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

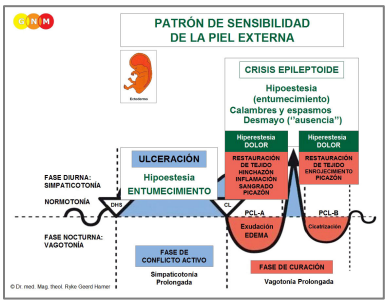
EHN = Estado hormonal normal EBE = Estado bajo de estrógenos

***Con las zurdas el conflicto se transfiere al otro hemisferio cerebral**

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

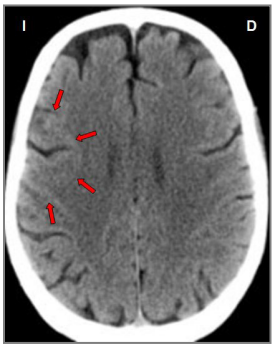
Un conflicto sexual se refiere a cualquier **angustia relacionada con la sexualidad**. Esto incluye sexo doloroso (por primera vez), abuso sexual, acoso sexual, prácticas sexuales no deseadas, rechazo sexual, sentirse sexualmente no deseado/a, falta de actividad sexual debido a una separación inesperada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

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



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

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



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

Con el impacto del conflicto en el lóbulo temporal izquierdo (área de conflicto femenino), el **nivel de estrógenos disminuye**. En GNM, hablamos en este caso de un desequilibrio hormonal relacionado con el conflicto. Dependiendo de la intensidad del conflicto, la prolongada actividad conflictiva resulta en **períodos irregulares**, una **menarquia retrasada** (primera menstruación), **amenorrea** (ausencia de menstruación) o **infertilidad** hasta que se resuelve el conflicto (ver también ovarios).

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. En la medicina convencional, una proliferación celular profusa se diagnostica como **cáncer de cuello uterino**. En base a las Cinco Leyes Biológicas, las nuevas células no pueden considerarse "células cancerosas", ya que el incremento celular es, en realidad, un proceso de reposición.

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

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

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

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

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

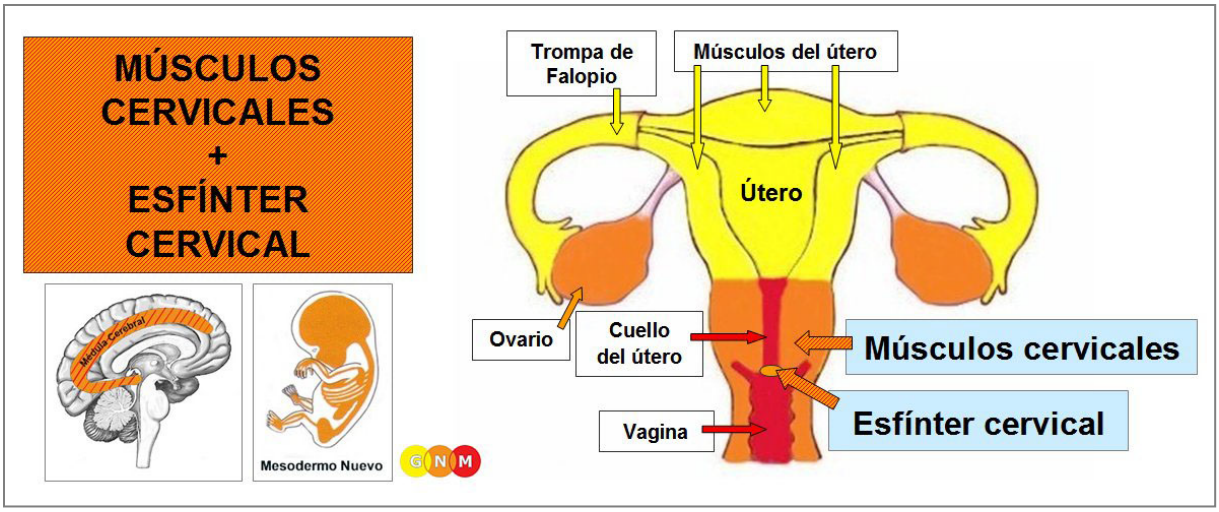
“El riesgo de cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos ya es extremadamente bajo y es poco probable que las vacunas tengan algún efecto sobre la tasa de cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos. De hecho, el 70% de todas las infecciones por VPH se resuelven solas sin tratamiento en un año,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

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

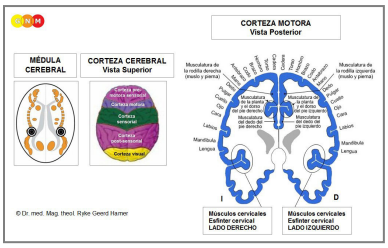
Fuente: C. Thomas Corriher, Defy your doctor and be healed, 2013

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

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



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



NIVEL CEREBRAL: Los músculos cervicales y el esfínter cervical tienen dos centros de control en el cerebro. La función trófica de los músculos, responsables de la nutrición del tejido, se controla desde la **médula cerebral**; la contracción de los músculos se controla desde la **corteza motora** (parte de la corteza cerebral). La mitad derecha de los músculos cervicales y el esfínter cervical se controlan desde el lado izquierdo del cerebro; las mitades izquierdas se controlan desde el hemisferio cerebral derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (consulte el diagrama de GNM que muestra el homúnculo motor).

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

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

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

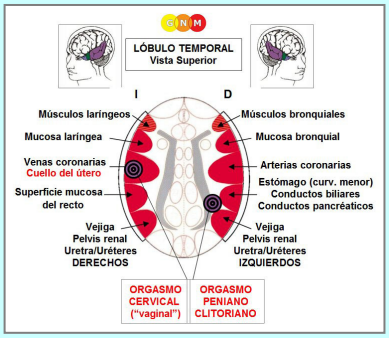
NOTA: Los músculos estriados pertenecen al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado con la pérdida funcional (ver también Programas Especiales Biológicos de las células de los islotes del páncreas (células de los islotes alfa y beta), oído interno (cóclea y órgano vestibular), los nervios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

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

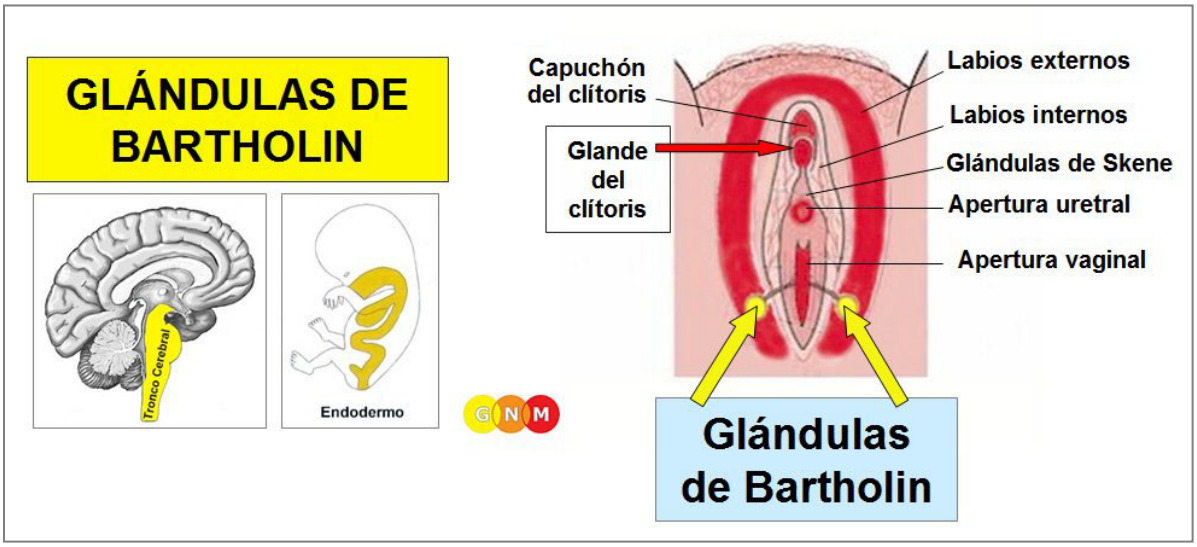
FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación, se reconstruyen los músculos cervicales y se cierra el esfínter cervical. La Crisis Epileptoide se presenta como **espasmos cervicales**.

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

EL ORGASMO FEMENINO

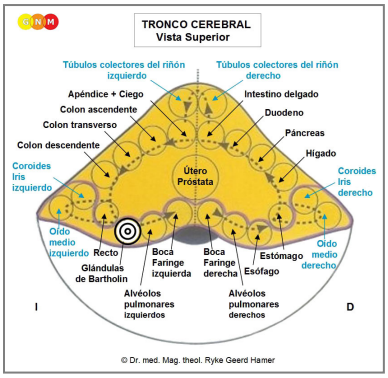


Durante el orgasmo femenino, el esfínter cervical se abre mientras los músculos cervicales se contraen (igual a la contracción muscular rítmica que ocurre en la Crisis Epileptoide de los músculos esqueléticos). Cuando el hombre eyacula, el movimiento de "succión" del cuello uterino ayuda a llevar el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



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

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



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

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

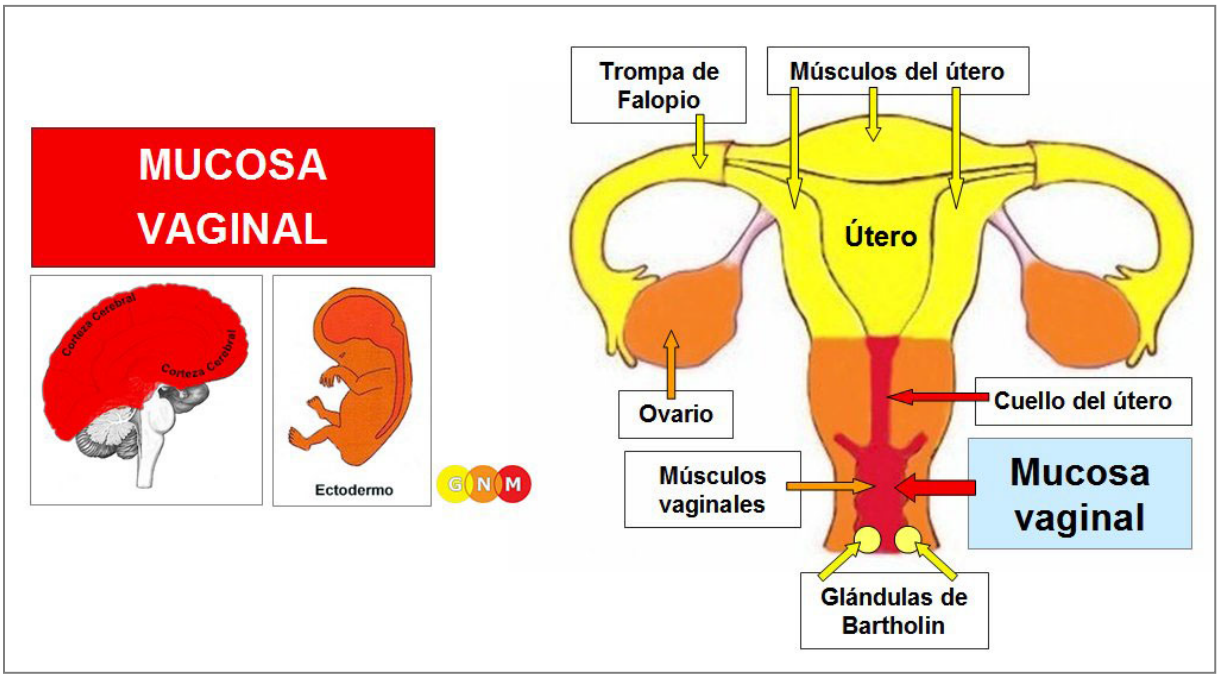
CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a las glándulas de Bartholin es **"no poder producir suficiente mucosidad vaginal"**. Los preliminares insuficientes y el sexo doloroso cuando la vagina no está lo suficientemente lubricada típicamente activan el conflicto.

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

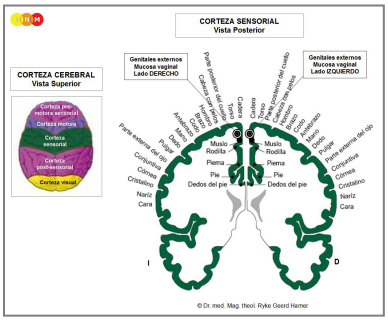
FASE DE CURACIÓN: Tras la resolución del conflicto (CL), los hongos o las micobacterias, como las bacterias de la tuberculosis (TB), eliminan las células que ya no son necesarias. Si el proceso de curación es intenso, la acumulación de pus forma un absceso (**absceso de Bartholin**) o un quiste lleno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

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

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



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

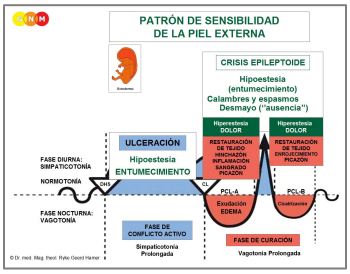


NIVEL CEREBRAL: La mucosa vaginal se controla desde la **corteza sensorial** (parte de la corteza cerebral). La mitad derecha de la vagina se controla desde el lado izquierdo de la corteza sensorial; la mitad izquierda se controla desde el hemisferio cortical derecho. Por lo tanto, existe una correlación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

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

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

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



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

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: ulceración (pérdida celular) en la mucosa vaginal con una disminución o, con una intensa actividad conflictiva, una pérdida completa de la sensibilidad. La **hiposensibilidad vaginal** (entumecimiento) sirve el **propósito biológico** de no poder "sentir" nada para poder afrontar mejor la separación sexual (ver pérdida de memoria a corto plazo con un conflicto de separación).

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

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

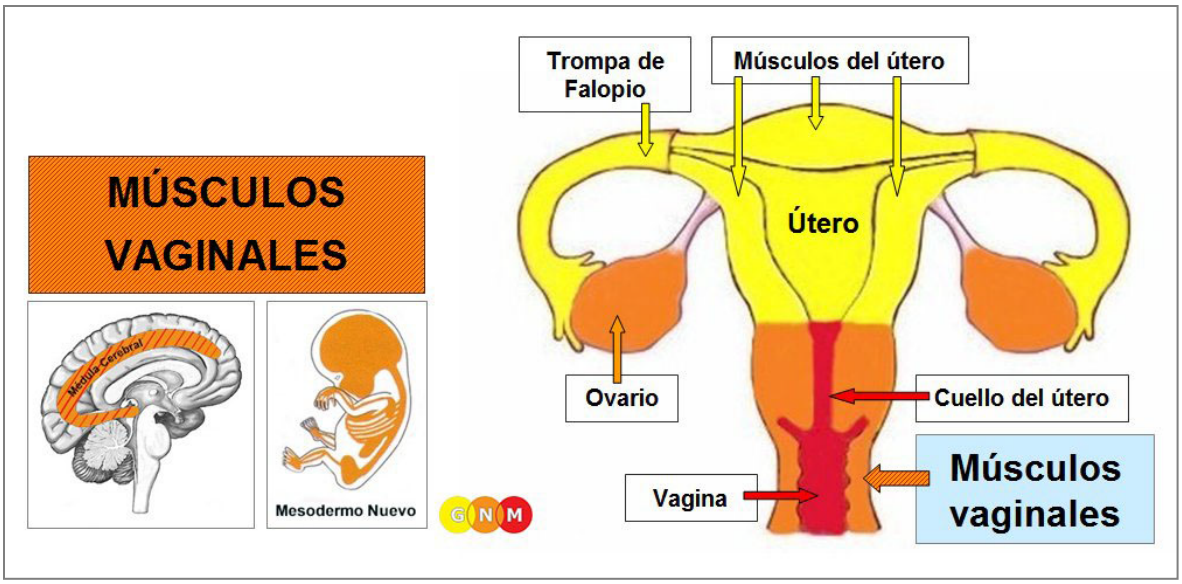
FASE DE CURACIÓN: Durante la primera parte de la fase de curación (PCL-A), la ulceración se repone a través de la **proliferación celular**. **Los síntomas de curación son dermatitis vaginal con picazón vaginal** (prurito) y **dolor** (hipersensibilidad). Con una inflamación, la condición se llama **vaginitis**.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

Después de la Crisis Epileptoide, en PCL-B, la condición se normaliza, siempre que no haya recaídas conflictivas.

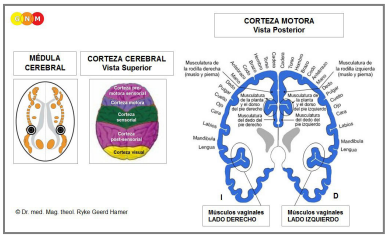
> **NOTA:** Todas las Crisis Epileptoides que se controlan desde la corteza sensorial, post-sensorial o pre-motora sensorial se acompañan de **problemas circulatorios**, **mareos**, breves **alteraciones de la conciencia** o una **pérdida completa de la conciencia** (desmayo o "ausencia"), según la intensidad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

El herpes vaginal son ampollas y llagas en la vagina (ver también herpes en los órganos genitales externos). Según la medicina convencional, el herpes genital es una "enfermedad de transmisión sexual" causada por un "virus del herpes", una teoría que nunca ha sido probada científicamente. Al igual que otras enfermedades venéreas, el herpes genital no se puede transmitir sexualmente porque los síntomas ya son síntomas de curación.

Las verrugas vaginales, también llamadas **verrugas genitales** o **condiloma**, son el resultado de continuas recaídas conflictivas (ver también verrugas cervicales).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS VAGINALES: Los músculos vaginales rodean todo el canal vaginal. Su función es sostener el pene durante las relaciones sexuales y expandirse y contraerse durante el parto para facilitarlo (ver también músculos del cuello uterino, esfínter cervical y músculos del útero). Los músculos vaginales son músculos estriados, por lo tanto, derivan del mesodermo nuevo y están controlados desde la médula cerebral y la corteza motora.



NIVEL CEREBRAL: Los músculos vaginales tienen dos centros de control en el cerebro. La función trófica de los músculos, responsables de la nutrición del tejido, se controla desde la **médula cerebral**; la contracción y expansión de los músculos se controla desde la **corteza motora** (parte de la corteza cerebral). La mitad derecha de la musculatura vaginal se controla desde el lado izquierdo del cerebro; la mitad izquierda se controla desde el hemisferio cerebral derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (ver diagrama de GNM que muestra el homúnculo motor).

NOTA: Los músculos vaginales, los músculos del cuello uterino y el esfínter cervical, el músculo vesical y el esfínter vesical externo, los músculos rectales y el esfínter rectal externo comparten los mismos relés cerebrales.

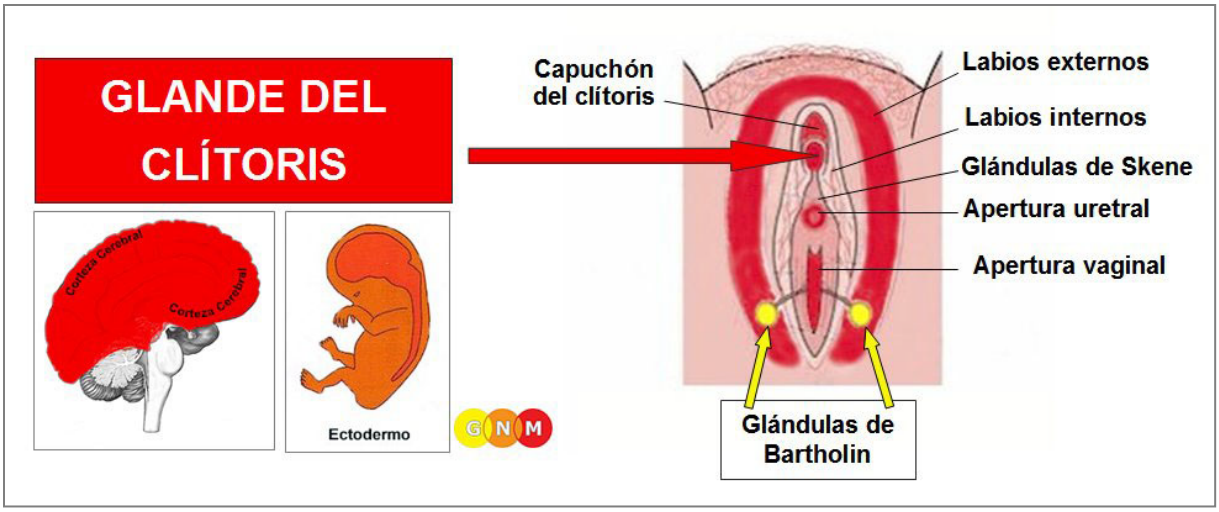
CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a los músculos vaginales es "**no poder sostener el pene**" o **no poder prevenir la penetración vaginal** (sexo forzado, sexo no deseado, miedo a las relaciones sexuales por malestar o dolor).

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: pérdida celular (necrosis) de tejido muscular vaginal (controlada desde la médula cerebral) y, proporcional al grado de actividad conflictiva, incremento de la **debilidad de los músculos vaginales** (controlado desde la corteza motora), que usualmente no se nota.

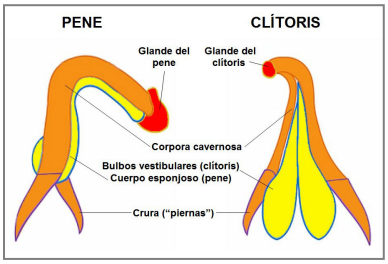
NOTA: Los músculos estriados pertenecen al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado con la pérdida funcional (ver también Programas Especiales Biológicos de las células de los islotes del páncreas (células de los islotes alfa y beta), oído interno (cóclea y órgano vestibular), los nervios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

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

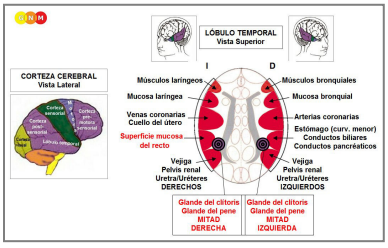
> **NOTA:** Todos los órganos que derivan del mesodermo nuevo ("grupo excedente"), incluidos los músculos vaginales, muestran el **propósito biológico al final de la fase de curación**. Una vez se ha completado el proceso de curación, el órgano o tejido es más fuerte que antes, lo que permite estar mejor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



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



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



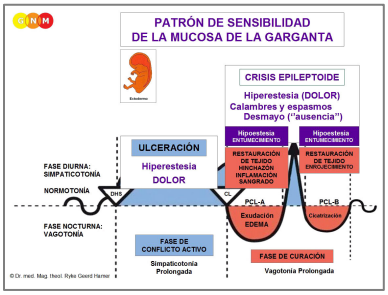
NIVEL CEREBRAL: El glande del clítoris se controla desde la **corteza post-sensorial** (parte de la corteza cerebral). La epidermis que cubre el glande de clitoris se controla desde la corteza sensorial (ver relés cerebrales de los genitales externos y mucosa vaginal).

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Fuente: www.LearningGNM.com