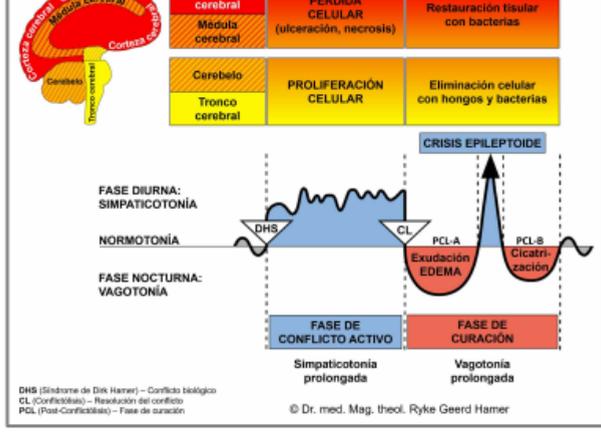


PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PÁNCREAS

escrito por Caroline Markolin, Ph.D.

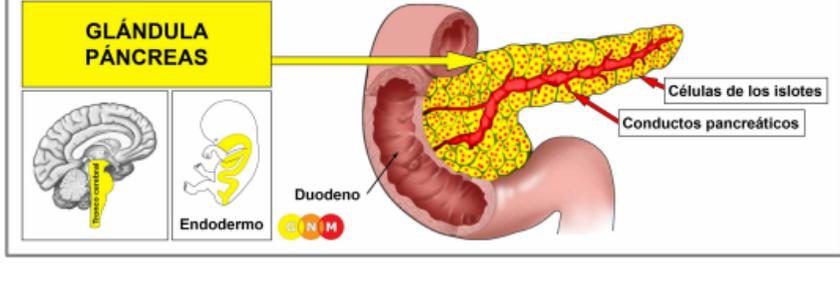


Glándula páncreas

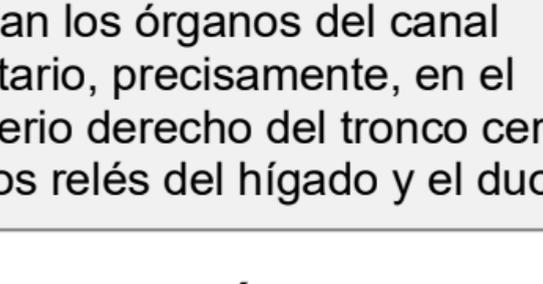
Conductos pancreáticos

Células de los islotes

Rev. 1.02



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA GLÁNDULA PÁNCREAS: El páncreas es un órgano en forma de tubo situado en la parte posterior del abdomen, detrás del estómago. La cabeza del páncreas yace dentro de la curvatura del duodeno. La glándula páncreas produce hormonas (cualidad hormonal), incluyendo la insulina y el glucagón, y secreta jugos pancreáticos (cualidad secretora) que se liberan en el intestino delgado para asistir la digestión de los alimentos. La glándula páncreas consta de epitelio cilíndrico intestinal, se origina del endodermo y, por tanto, se controla desde el tronco cerebral.



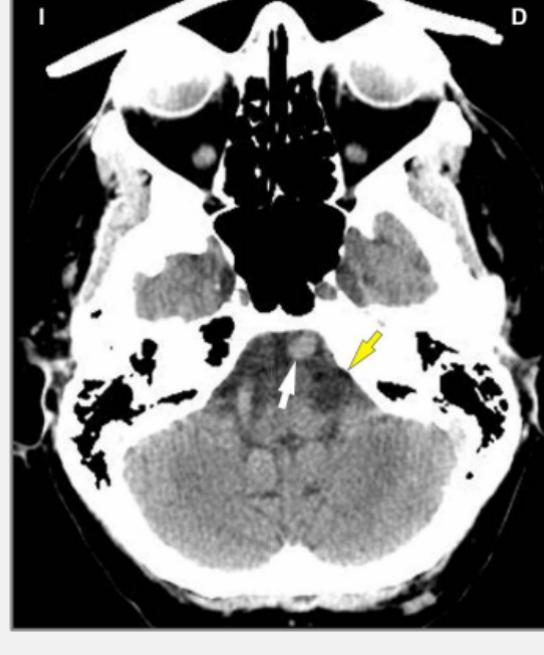
NIVEL CEREBRAL: En el **tronco cerebral**, el centro de control de la glándula páncreas está posicionada ordenadamente dentro de la forma anular de los relés cerebrales que controlan los órganos del canal alimentario, precisamente, en el hemisferio derecho del tronco cerebral entre los relés del hígado y el duodeno.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a la glándula páncreas es un **“conflicto de bocado indigerible”** (ved también estómago, duodeno, intestino delgado y colon). El conflicto suele producirse por discusiones con miembros de la familia, por ejemplo, por un “bocado de herencia”, un “bocado de propiedad” o un “bocado de dinero” y por insultos o acusaciones difíciles de digerir.

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

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo las células de la glándula páncreas proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es potenciar la secreción de jugos pancreáticos para que el bocado pueda ser mejor digerido. Con una actividad conflictiva prolongada (conflicto pendiente) se desarrolla un crecimiento en forma de coliflor (de tipo secretor), denominado **cáncer pancreático**, como resultado del continuo aumento celular (comparad con el “cáncer pancreático” relacionado con los conductos pancreáticos). 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** (ved también fase de curación).

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. Los **síntomas de curación** son **indigestión, dolor abdominal** debido a la inflamación en el páncreas y **sudores nocturnos**. El alcance de los síntomas está determinado por el grado y duración de la fase de conflicto activo. La retención de agua debida al SÍNDROME incrementa considerablemente la hinchazón. Con una inflamación, la condición se denomina **pancreatitis** (comparad con la pancreatitis relacionada con los conductos pancreáticos).

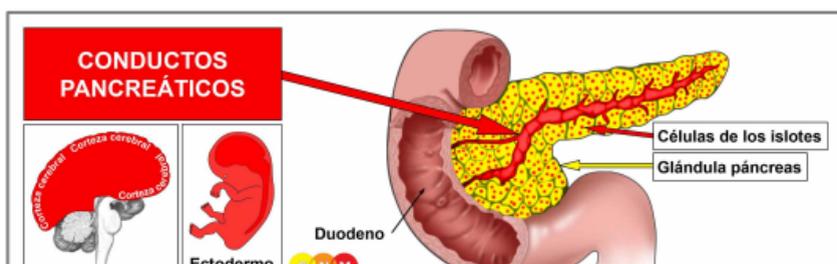


Durante la primera parte de la fase de curación (en PCL-A) se desarrolla un edema cerebral en el área del cerebro que controla la glándula páncreas (ved el diagrama de la GNM). En un escáner cerebral, el edema (acumulación de fluido) aparece como oscuro (flecha amarilla). La flecha blanca señala una acumulación de glía (PCL-B) en el relé cerebral de los túbulos colectores renales, vinculada a un conflicto de abandono o existencia.

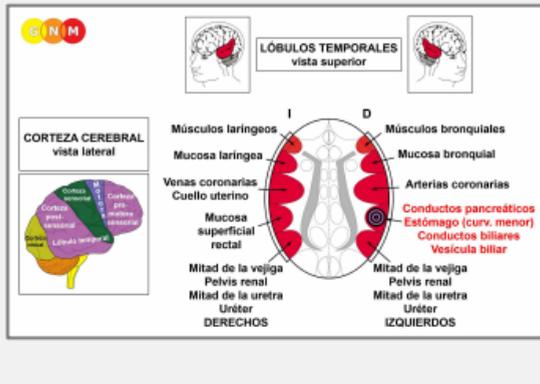
La historia correspondiente: Una mujer de 43 años desarrolló un cáncer de páncreas después de que su padre le dijera que no es su verdadera hija. El escáner cerebral revela que ella vivió la situación conflictiva como un “conflicto de bocado indigerible” (afectando el páncreas), así como un conflicto de abandono (afectando los túbulos colectores renales). Ambos conflictos se han resuelto; por lo tanto, la curación también ocurre en los órganos relacionados.

Un proceso de descomposición prolongado (curación pendiente) debido a las continuas recaídas conflictivas deja **cavernas en el páncreas** (ved también cavernas pulmonares, cavernas hepáticas, cavernas de la glándula mamaria). La pérdida de tejido del páncreas resulta en una **incapacidad de producir fluidos pancreáticos** y, por tanto, de digerir correctamente los alimentos, causando **flatulencias y diarreas** persistentes. Sin embargo, la deficiencia puede complementarse con enzimas digestivas (lipasa, proteasa, amilasa) y alimentos ricos en enzimas.

Si los microbios requeridos no están disponibles en el momento de la resolución del conflicto, porque fueron destruidos por un uso excesivo de antibióticos, las células adicionales permanecen sin una mayor división celular. Eventualmente, el crecimiento se encapsula con tejido conectivo. En la medicina convencional, esto se suele diagnosticar como un **pólipo de páncreas** o como un “cáncer benigno” (ved también fase de conflicto activo). En el caso de la glándula páncreas, las células que no han podido ser eliminadas siguen produciendo jugos digestivos, lo que da lugar a una **sobreproducción permanente de fluido pancreático** (ved también glándula tiroides, glándulas paratiroides, glándula adrenal, glándula próstata).



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS CONDUCTOS PANCREÁTICOS: El conducto pancreático principal conecta el páncreas con el intestino delgado. Su función principal es llevar los jugos pancreáticos producidos en la glándula páncreas al duodeno, la primera sección del intestino delgado. El revestimiento de los conductos pancreáticos, incluidas sus numerosas ramificaciones pequeñas, consta de epitelio escamoso, se origina del ectodermo y, por tanto, se controla desde la corteza cerebral.



NIVEL CEREBRAL: El revestimiento epitelial de los conductos pancreáticos se controla desde el **lóbulo temporal derecho** (parte de la **corteza post-sensorial**). El centro de control está posicionado exactamente frente al relé cerebral del revestimiento del recto.

NOTA: Los conductos pancreáticos, los conductos biliares, la vesícula biliar, el estómago (curvatura menor), el píloro y el bulbo duodenal comparten el mismo relé cerebral y, por lo tanto, el mismo conflicto biológico; cuál de estos órganos se verá afectado por el DHS es aleatorio. Un conflicto severo puede afectar todos los órganos a la vez.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a los conductos pancreáticos es un **conflicto de enfado territorial** masculino (lucha en el territorio) o un **conflicto de identidad** femenino, según el género, la lateralidad y el estado hormonal de la persona (ved también Constelación Agresiva).

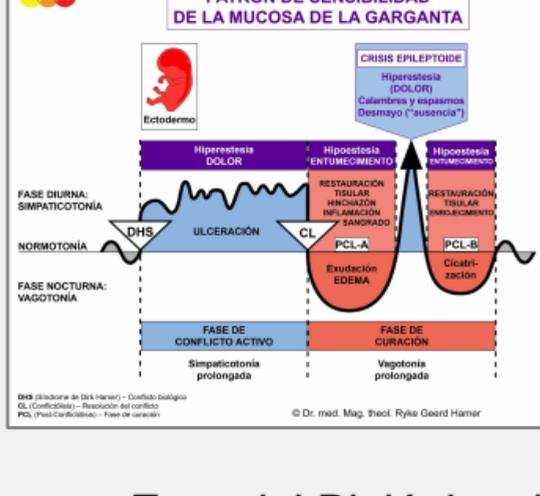
Género, Lateralidad, Estado Hormonal	Conflicto Biológico	Órgano Afectado
Hombre diestro (EHN)	Conflicto de enfado territorial	Estómago, conductos biliares, cond. pancreáticos
Hombre zurdo (EHN)	Conflicto de enfado territorial	Superficie mucosa del recto*
Hombre diestro (EBT)	Conflicto de identidad	Superficie mucosa del recto
Hombre zurdo (EBT)	Conflicto de identidad	Estómago, conductos biliares, cond. pancreáticos*
Mujer diestra (EHN)	Conflicto de identidad	Superficie mucosa del recto
Mujer zurda (EHN)	Conflicto de identidad	Estómago, conductos biliares, cond. pancreáticos*
Mujer diestra (EBE)	Conflicto de enfado territorial	Estómago, conductos biliares, cond. pancreáticos
Mujer zurda (EBE)	Conflicto de enfado territorial	Superficie mucosa del recto*

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

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

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

Un **enfado territorial** se refiere al enfado en el entorno y los lugares que uno considera de su dominio – literalmente o figurativamente. Los conflictos típicos de enfado territorial son las disputas en el hogar, las rencillas en el lugar de trabajo, el enfado en la escuela, en el jardín de infancia, en el patio de recreo, en una residencia de ancianos o en el hospital; también en el “territorio” extendido, como en el pueblo, la ciudad o el país donde uno vive. Las batallas por un terreno o una propiedad, los ruidos molestos en la casa o el barrio, una pelea por una plaza de aparcamiento o por un juguete, son otros ejemplos de lo que puede provocar un conflicto de enfado territorial.



El Programa Especial Biológico de los **conductos pancreáticos** 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 de los conductos pancreáticos** 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 fluidos pancreáticos. La mejora del metabolismo proporciona al individuo más energía para resolver el conflicto. Dependiendo de la intensidad del conflicto de enfado territorial, la ulceración afecta al conducto principal y/o a sus ramificaciones pequeñas. **Síntoma: dolor** de leve a severo.

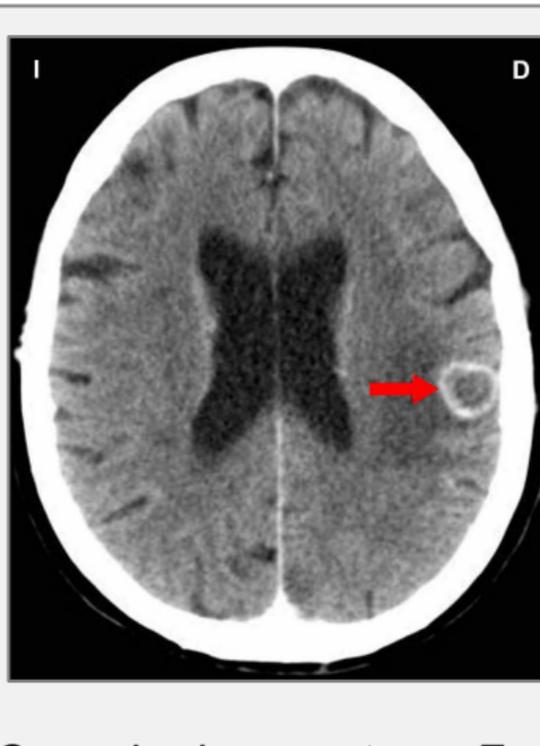
FASE DE CURACIÓN: Durante la primera parte de la fase de curación (**PCL-A**) se repone la pérdida de tejido mediante la **proliferación celular**. En la medicina convencional, esto se suele diagnosticar como un **“cáncer pancreático”** (comparado con el cáncer pancreático relacionado con la glándula páncreas). Según 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 **hinchazón** debida al edema (acumulación de fluido), **indigestión, heces grasas y dolor abdominal**, que puede perdurar durante toda la fase de curación (en **PCL-A** y **PCL-B** el dolor no es de naturaleza

sensorial, sino de dolor por presión). Las **enzimas pancreáticas** (amilasa) en el suero sanguíneo **están elevadas**. El alcance de los síntomas está determinado por la intensidad y duración de la fase de conflicto activo. La **pancreatitis** se produce cuando la curación va acompañada de una inflamación (comparad con la pancreatitis relacionada con la glándula páncreas). Con la retención de agua debida al SINDROME, la hinchazón agrandada podría ocluir el o los conductos, conduciendo potencialmente a serias complicaciones.

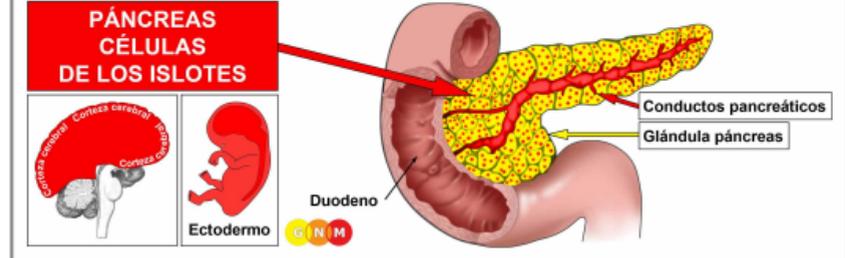
La Crisis Epileptoide se manifiesta como **un dolor agudo y calambres o espasmos (cólico pancreático)** si los músculos estriados circundantes sufren la Crisis Epileptoide al mismo tiempo. En **PCL-B**, los conductos pancreáticos se abren y la función del órgano vuelve lentamente a la normalidad.

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 completa **pérdida de la conciencia** (desmayo o "ausencia"), dependiendo de la intensidad del conflicto. Otro síntoma distintivo es una **caída de azúcar en sangre** causada por el uso excesivo de glucosa por parte de las células cerebrales (comparad con la hipoglucemia relacionada con las células de los islotes del páncreas).



Esta TC cerebral presenta un Foco de Hamer en **PCL-B** con un anillo de glía en el relé cerebral de los conductos pancreáticos (**ved el diagrama de la GNM**), lo que indica que se ha resuelto un conflicto de enfado territorial. La TC se tomó poco después de la Crisis Epileptoide.

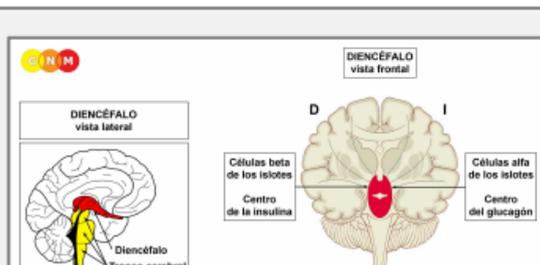
NOTA: ¡La neuroglia (visible como blanca en un escáner cerebral) comienza a restaurar el relé cerebral desde la *periferia*! Esto está en clara contradicción con la teoría establecida de que un cáncer, incluyendo un "cáncer cerebral", crece a través de un aumento celular continuado que conduce a la formación de un tumor.



Células Alfa de los Islotes

Células Beta de los Islotes

DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LAS CÉLULAS DE LOS ISLOTES: Incrustadas en la glándula páncreas se encuentran unas agrupaciones celulares llamadas islotes de Langerhans que desempeñan un papel importante en la regulación del azúcar en sangre (glucosa). Las **células alfa de los islotes** secretan glucagón, una hormona que estimula al hígado para que convierta el glucógeno en glucosa, causando un incremento del azúcar en sangre. La insulina, producida por las **células beta de los islotes**, ayuda a convertir el azúcar en sangre en energía llevando la glucosa a las células del cuerpo. Por lo tanto, la insulina disminuye el nivel de azúcar en sangre. Las células alfa y beta de los islotes se originan del ectodermo y se controlan desde el diencefalo.



NIVEL CEREBRAL: Las células de los islotes del páncreas se controlan desde el **diencefalo** (intercerebro), que está situado en la parte central del cerebro, justo por encima del mesencefalo. Las células alfa de los islotes se controlan desde el lado izquierdo del diencefalo (centro del glucagón); las células beta de los islotes se controlan desde el lado derecho (centro de la insulina). Los dos centros de control cerebrales están posicionados exactamente uno enfrente del otro.

CÉLULAS ALFA DE LOS ISLOTES

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a las células alfa de los islotes es un conflicto de **miedo-asco** femenino o un **conflicto de resistencia** masculino, dependiendo del género, la lateralidad y el estado hormonal de la persona.

Género, Lateralidad, Estado Hormonal	Conflicto Biológico	Órgano Afectado
Hombre diestro (EHN)	Conflicto de resistencia	Células beta de los islotes
Hombre zurdo (EHN)	Conflicto de resistencia	Células alfa de los islotes*
Hombre diestro (EBT)	Conflicto miedo-asco	Células alfa de los islotes
Hombre zurdo (EBT)	Conflicto miedo-asco	Células beta de los islotes*
Mujer diestra (EHN)	Conflicto miedo-asco	Células alfa de los islotes
Mujer zurda (EHN)	Conflicto miedo-asco	Células beta de los islotes*
Mujer diestra (EBE)	Conflicto de resistencia	Células beta de los islotes
Mujer zurda (EBE)	Conflicto de resistencia	Células alfa de los islotes*

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

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

Un **conflicto de miedo-asco** es un susto unido a un asco en relación con una situación o una persona. El conflicto puede ser provocado, por ejemplo, por experiencias sexuales repugnantes (abuso sexual, prácticas sexuales no deseadas, sexo violento) o por angustia relacionada con sangre, heces, orina o vómito. Estar asustado de un miembro de la familia borracho podría provocar un conflicto de miedo-asco con el olor del alcohol como raíz potencial. Los niños sufren el conflicto cuando tienen que comer alimentos “asquerosos”.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Durante la fase de conflicto activo se reduce la función de las células alfa de los islotes. La disminución de la producción de glucagón causa **hipoglucemia**.

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

Los síntomas de la hipoglucemia son **náuseas, mareos, desmayos** (lo que explica por qué algunas personas se desmayan cuando ven sangre), **temblores** y **latidos cardíacos agitados** debido a la deficiencia de glucosa en los músculos, incluido el músculo cardíaco. Lo típico de una bajada de azúcar en sangre es el **ansia por el azúcar y los dulces**, que sirve el propósito de equilibrar el nivel de azúcar en sangre. La sobrealimentación continua conduce a la **ganancia de peso y a la obesidad** (comparad con la obesidad relacionada con la retención de agua). Debido a la ingesta regular de alimentos ricos en azúcar, la hipoglucemia suele pasar desapercibida.

FASE DE CURACIÓN: Durante la primera parte de la fase de curación, en **PCL-A**, el nivel de glucosa aumenta lentamente hasta alcanzar un nivel normal. Sin embargo, durante el periodo de la Crisis Epileptoide, cuando se reactivan los síntomas de conflicto activo, el azúcar en sangre desciende temporalmente. ¡La hipoglucemia aguda (*shock* hipoglucémico) es una emergencia médica! En **PCL-B**, el **nivel de azúcar en sangre se incrementa** por encima del rango normal mostrando los síntomas de la **diabetes** (comparad con la diabetes relacionada con las células beta de los islotes en la fase de conflicto activo; ver también la diabetes insípida relacionada con los riñones). Al final de la fase de curación, el nivel de azúcar en sangre vuelve a ser normal.

Con las continuas recaídas conflictivas (curación pendiente) la diabetes se torna crónica. En este caso, se sigue produciendo insulina, pero no se utiliza para transportar la glucosa a las células del cuerpo (comparad con la diabetes relacionada con las células beta de los islotes, sin producción de insulina). Esto se denomina **resistencia a la insulina** y se categoriza como **diabetes tipo 2**, también denominada **diabetes de inicio en la edad adulta** (comparad con la diabetes tipo 1 o diabetes juvenil).

NOTA: El hecho de que la diabetes ocurra en la fase de curación involucrando las células alfa de los islotes o en la fase de conflicto activo relacionada con las células beta de los islotes viene determinado por el género, la lateralidad y el estado hormonal de la persona más que por su edad. Por lo tanto, desde la perspectiva de la GNM, la diferenciación entre la diabetes “juvenil” y la de “inicio en la edad adulta” no tiene sentido.

Se ha observado que la mayoría de las personas con “diabetes tipo 2” tienen sobrepeso. Por lo tanto, se asume que tener sobrepeso u obesidad es un factor de riesgo para desarrollar diabetes. En base al conocimiento de la GNM, a saber, que la

hipoglucemia y la diabetes son dos condiciones del mismo Programa Especial Biológico, aprendemos a entender que la llamada “**diabetes tipo 2**” (en [PCL-B](#)) no es causada sino **precedida por la hipoglucemia**.



En este escáner de TC, vemos el impacto de un conflicto de miedo-asco en el área del cerebro que controla las células alfa de los islotes del páncreas ([ved el diagrama de la GNM](#)). El borde parcialmente oscuro del Foco de Hamer indica la presencia de fluido, que suele producirse al principio de la fase de curación o tras una recaída conflictiva.

CÉLULAS BETA DE LOS ISLOTES

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a las células beta de los islotes es un **conflicto de resistencia** masculino o un **conflicto de miedo-asco** femenino, según el género, la lateralidad y el estado hormonal de la persona.

Género, Lateralidad, Estado Hormonal	Conflicto Biológico	Órgano Afectado
Hombre diestro (EHN)	Conflicto de resistencia	Células beta de los islotes
Hombre zurdo (EHN)	Conflicto de resistencia	Células alfa de los islotes*
Hombre diestro (EBT)	Conflicto miedo-asco	Células alfa de los islotes
Hombre zurdo (EBT)	Conflicto miedo-asco	Células beta de los islotes*
Mujer diestra (EHN)	Conflicto miedo-asco	Células alfa de los islotes
Mujer zurda (EHN)	Conflicto miedo-asco	Células beta de los islotes*
Mujer diestra (EBE)	Conflicto de resistencia	Células beta de los islotes
Mujer zurda (EBE)	Conflicto de resistencia	Células alfa de los islotes*

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

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

Un **conflicto de resistencia** es una fuerte oposición contra una persona (padre, padrastro, hermano, pariente, cónyuge, profesor, colega, supervisor, médico), contra una situación (en el trabajo, en casa, en la escuela, en una relación), contra una institución (escuela, iglesia, hospital, gobierno, régimen político), contra las decisiones que se toman por encima de uno mismo, o ser obligado a hacer algo contra la propia voluntad. Los niños sufren el conflicto a una edad temprana, cuando se resisten a la guardería, el jardín de infancia o la escuela, o cuando se oponen firmemente a lo que se les dice que hagan.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: Durante la fase de conflicto activo se reduce la función de las células beta de los islotes, causando **hiperglucemia** (alto nivel de azúcar en sangre) o **diabetes** (comparad con la diabetes relacionada con las células alfa de los islotes; ver también la diabetes insípida relacionada con los riñones). El **propósito biológico de almacenar glucosa en la sangre** es preparar al individuo para la resolución del conflicto proporcionando al organismo, en particular a los músculos, una cantidad suficiente de azúcar en sangre para poder luchar con toda su fuerza. El grado de hiperglucemia (la cantidad de “combustible” que estará disponible) está determinado por la intensidad del conflicto. Como apoyo adicional, el hígado también secreta glucosa, un proceso llamado gluconeogénesis. Biológicamente hablando, la lucha activa, la respuesta de levantarse y sacar pecho, es la respuesta masculina distintiva a un conflicto de resistencia, mientras que la reacción femenina a un conflicto de miedo-asco es retroceder (desmayarse).

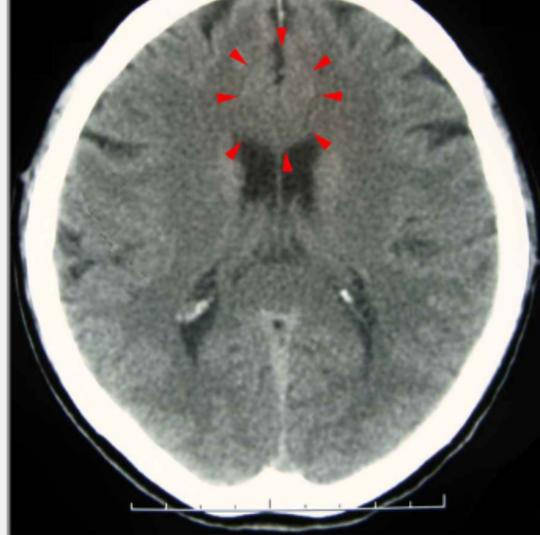
NOTA: Las células alfa y beta de los islotes pertenecen al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado no con proliferación celular o pérdida celular, sino con hiperfunción (ved periostio y tálamo) o pérdida funcional (ved también los Programas Especiales Biológicos del oído interno (cóclea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

Lo típico de la diabetes es la **sed extrema**, que sirve el propósito de diluir el alto nivel de azúcar en sangre (al igual que el antojo de comer dulces sirve para equilibrar el bajo nivel de glucosa en caso de hipoglucemia). Lo que se conoce como **cetoacidosis diabética** es una condición en la que el hígado produce, en respuesta a la escasez de insulina, altos niveles de cuerpos cetónicos a través de la descomposición de los ácidos grasos. La función de las cetonas es proporcionar energía a las células del cuerpo cuando la glucosa escasea debido a la falta de insulina. Sin embargo, si los niveles de cetonas son demasiado altos, la sangre se vuelve excesivamente ácida, lo que puede conducir a serias complicaciones.

Con una actividad conflictiva prolongada, la diabetes se torna crónica. Esto se denomina **diabetes insulino dependiente** y se categoriza como **diabetes tipo 1**, también denominada **diabetes juvenil**, ya que aparentemente se produce predominantemente en niños y adolescentes (comparad con la diabetes tipo 2 o diabetes de inicio en la edad adulta). En este caso, las terapias con insulina y las medidas dietéticas son vitales hasta que se resuelva el conflicto.

NOTA: El hecho de que la diabetes ocurra en la fase de curación involucrando las células alfa de los islotes o en la fase de conflicto activo relacionada con las células beta de los islotes viene determinado por el género, la lateralidad y el estado hormonal de la persona más que por su edad. Por lo tanto, desde la perspectiva de la GNM, la diferenciación entre la diabetes “juvenil” y la de “inicio en la edad adulta” no tiene sentido.

Es una creencia muy extendida la de que el alto nivel de azúcar en sangre causa daños en las arterias e “indirectamente” en los nervios conduciendo a una pérdida de sensibilidad, especialmente en las extremidades. Sin embargo, ¡No todos los diabéticos desarrollan esta enfermedad! Esta teoría tampoco puede explicar por qué un nivel elevado de glucosa afecta, por ejemplo, a los pies (o sólo a un pie o dedo) en una persona y a el(los) brazo(s) en otra. En base a la GNM, lo que se denomina “**neuropatía diabética periférica**” es una combinación de dos Programas Especiales Biológicos que se ejecutan simultáneamente: uno involucra las células beta de los islotes del páncreas vinculadas a un “conflicto de resistencia” causando diabetes, el otro involucra el periostio relacionado, en el caso de las piernas, con “querer patear a alguien lejos” (usualmente a la persona a la que uno se resiste) con el desarrollo de úlceras en las piernas o gangrena, dependiendo de la intensidad y duración del conflicto (ved también “retinopatía diabética”).



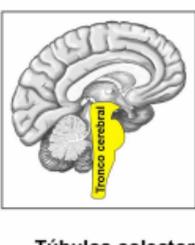
Este escáner de TC muestra un conflicto central con un Foco de Hamer que abarca ambos hemisferios cerebrales del centro de la glucosa (ved el diagrama de la GNM). Esta situación se produce cuando alguien experimenta simultáneamente un conflicto de resistencia masculino y un conflicto de miedo-asco femenino. Esto ocurre, por ejemplo, durante el período en que una mujer atraviesa la menopausia. En este caso, no hay síntomas ya que la hipoglucemia y la diabetes equilibran el nivel de azúcar en sangre.

FASE DE CURACIÓN: Durante la primera parte de la fase de curación, en **PCL-A**, el nivel de glucosa disminuye hasta un nivel normal. Sin embargo, durante el período de la Crisis Epileptoide, cuando se reactivan los síntomas de conflicto activo, el azúcar en sangre se eleva temporalmente. La hiperglucemia aguda (*shock* hiperglucémico) puede inducir un “coma diabético”. En **PCL-B**, el nivel de azúcar en sangre disminuye por debajo del rango normal mostrando los síntomas de la **hipoglucemia** (comparad con la hipoglucemia relacionada con las células alfa de los islotes en la fase de conflicto activo). Al final de la fase de curación, el nivel de azúcar en sangre vuelve a ser normal. Sin embargo, con una curación pendiente debido a las continuas recaídas conflictivas, la hipoglucemia se torna crónica (y por tanto también se torna crónico el antojo de dulces).

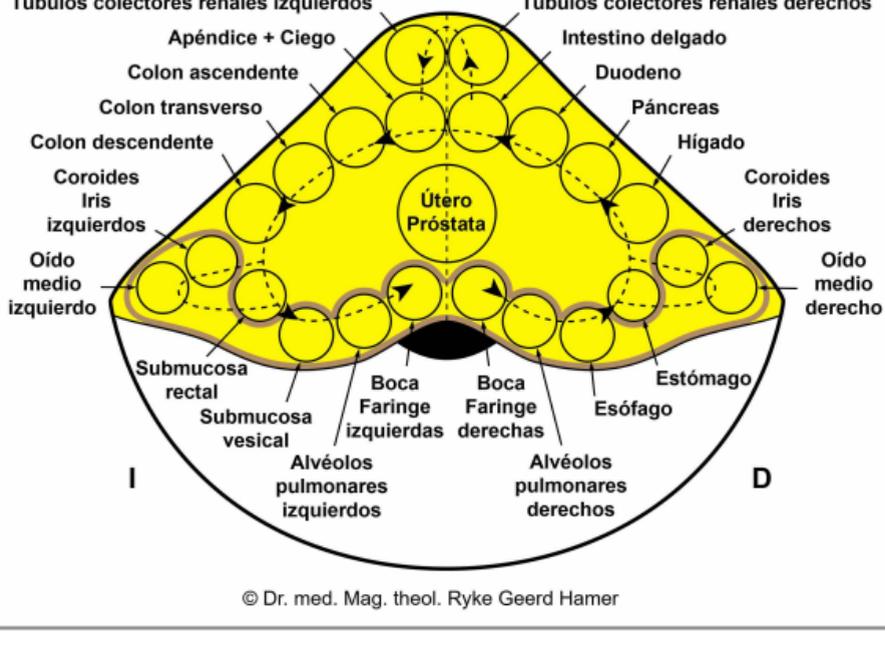
PRECAUCIÓN: ¡Debido a una Crisis Epileptoide potencialmente seria, la resolución de un conflicto relacionado con las células alfa y beta de los Islotes sólo debe abordarse bajo la supervisión de un profesional sanitario!

Fuente: www.learninggnm.com

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

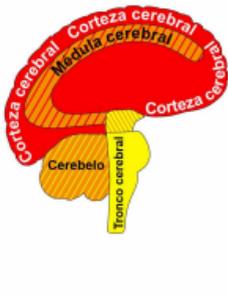


RELACIÓN TRONCO CEREBRAL – ÓRGANO

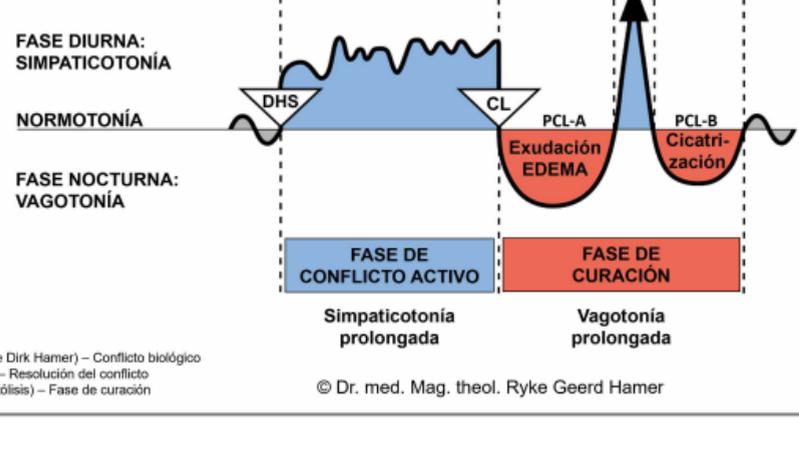


© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA



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

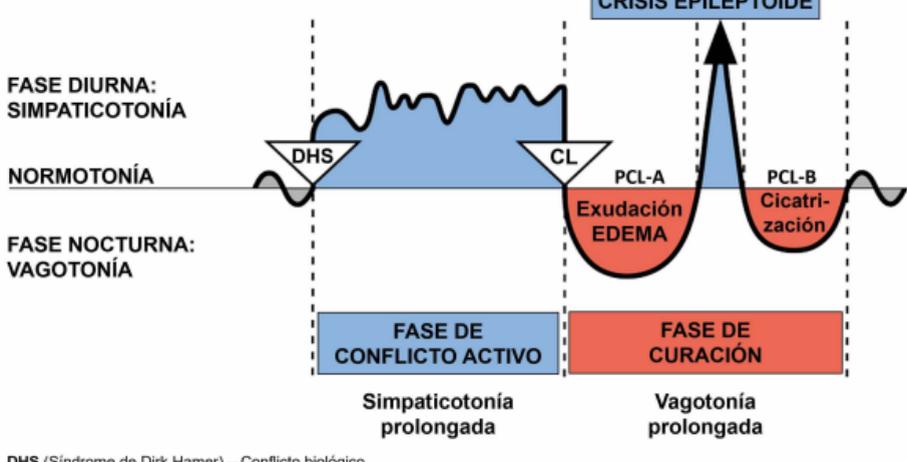


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



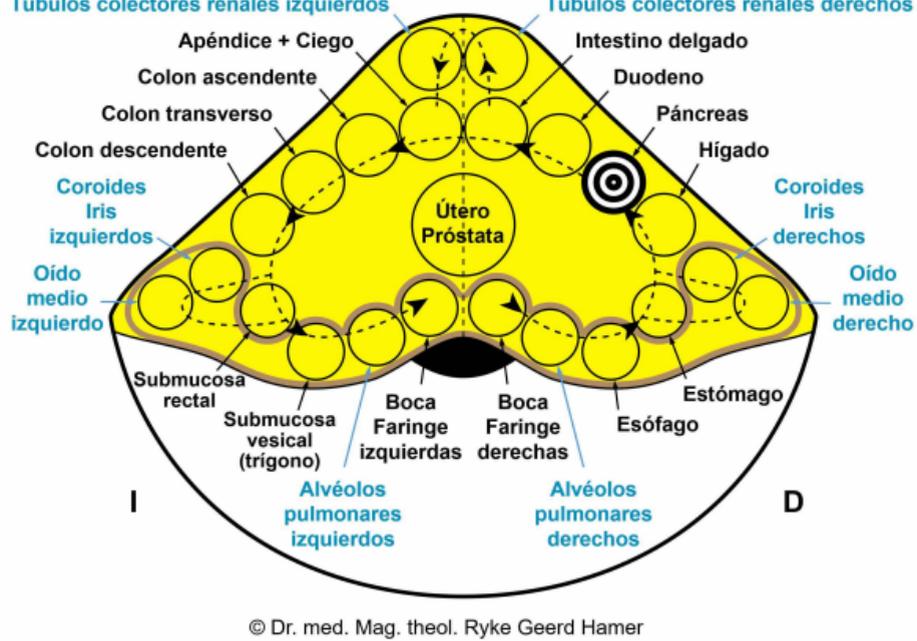
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

CL (Conflicto) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

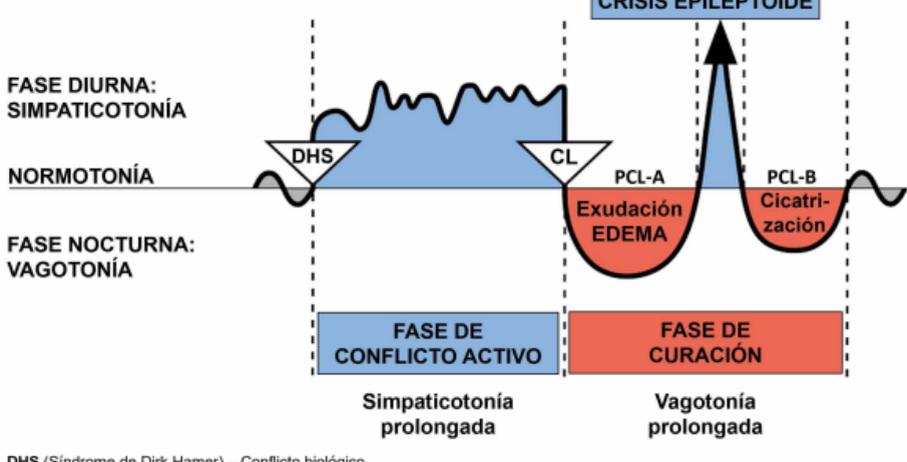
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

TRONCO CEREBRAL
vista superior



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

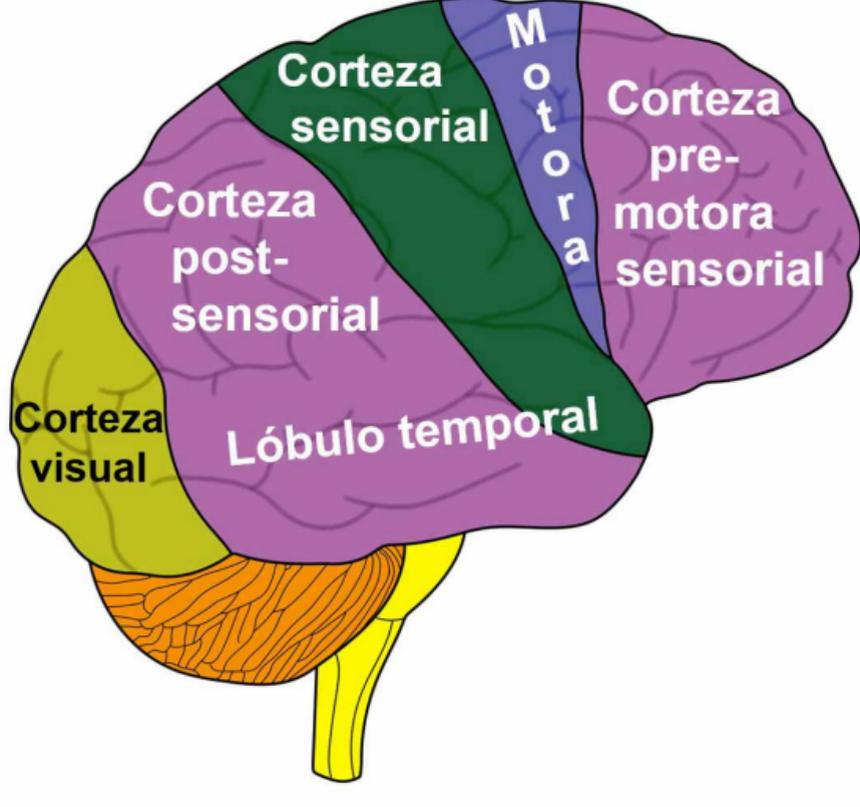
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

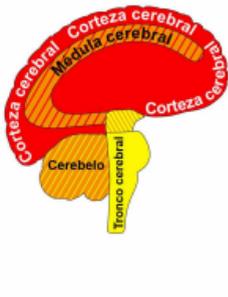
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

CORTEZA CEREBRAL

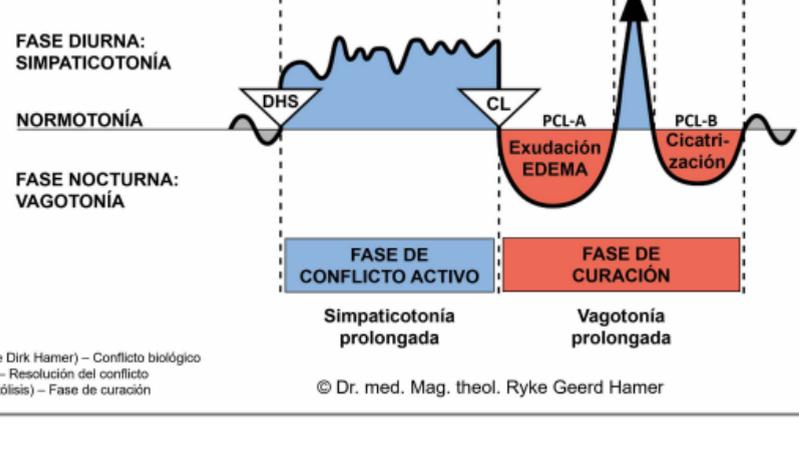
vista lateral



G N M BRÚJULA DE LA GERMÁNICA NUEVA MEDICINA



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

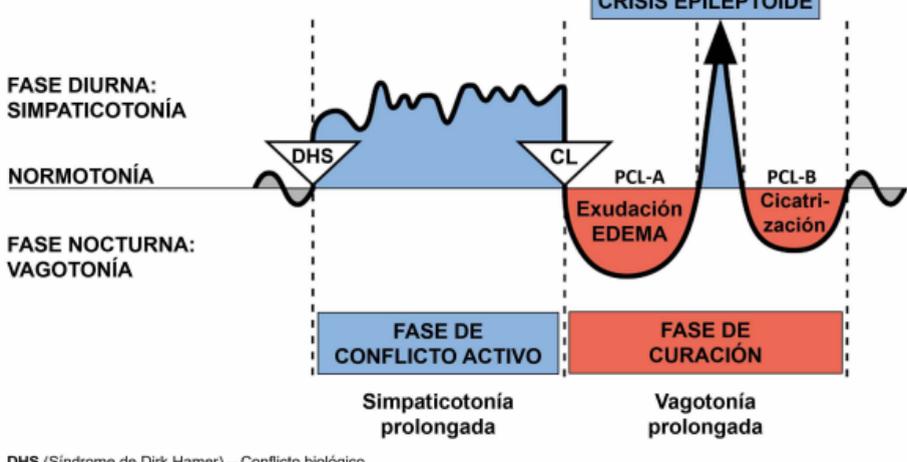


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflicto) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

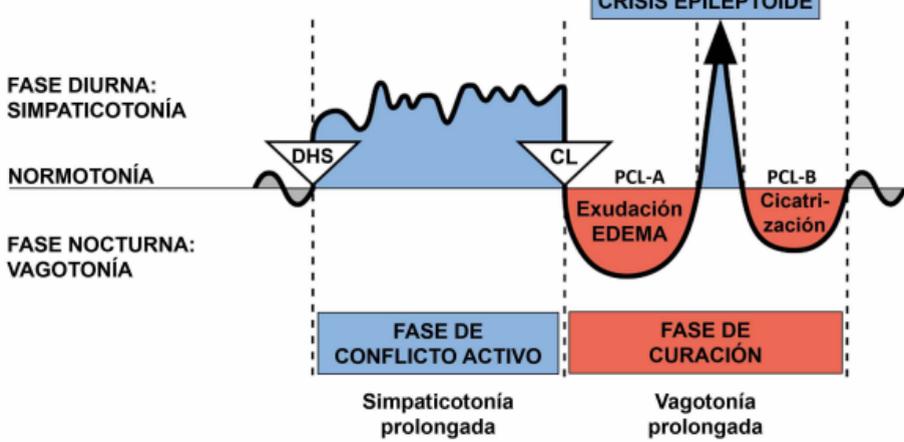
CL (Conflicto) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

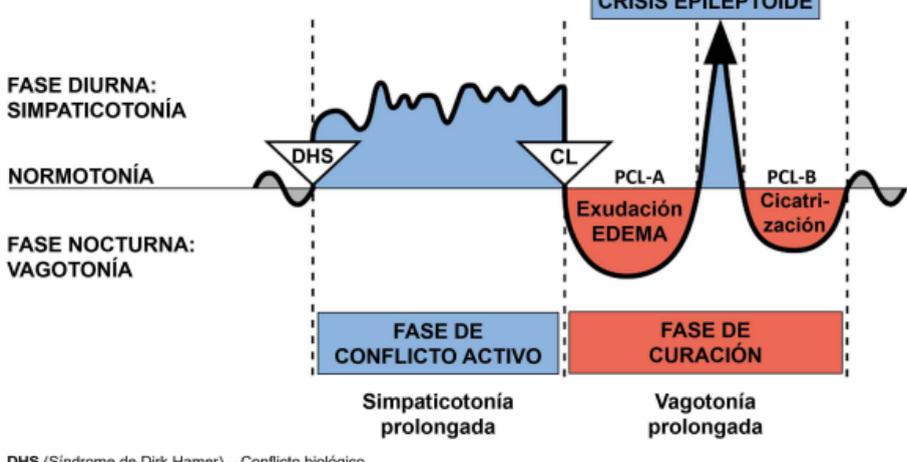
CL (Conflicto) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

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

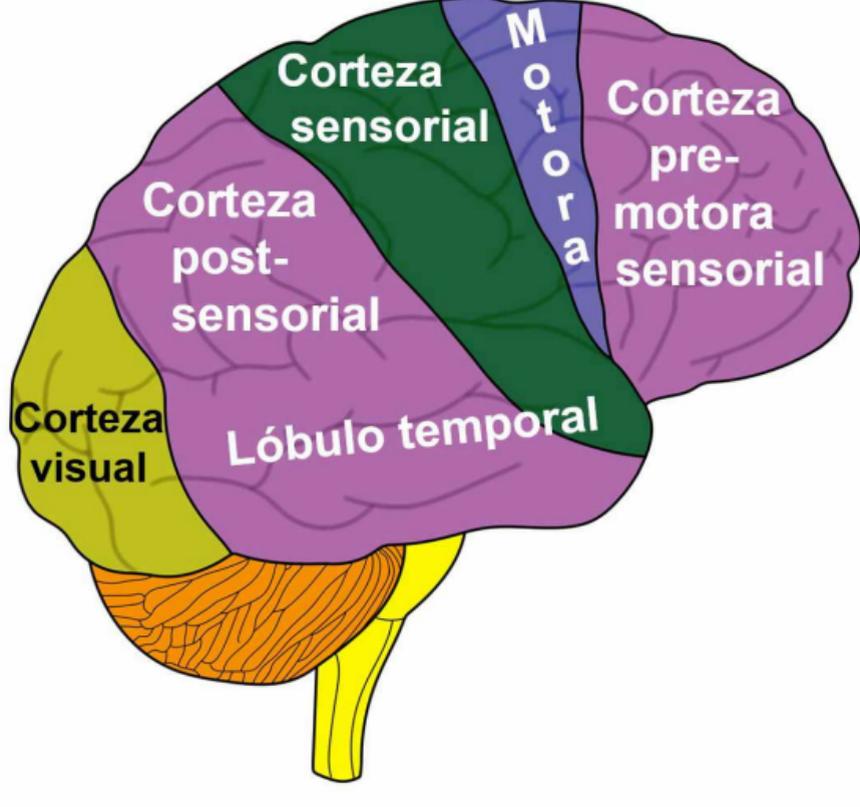
PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



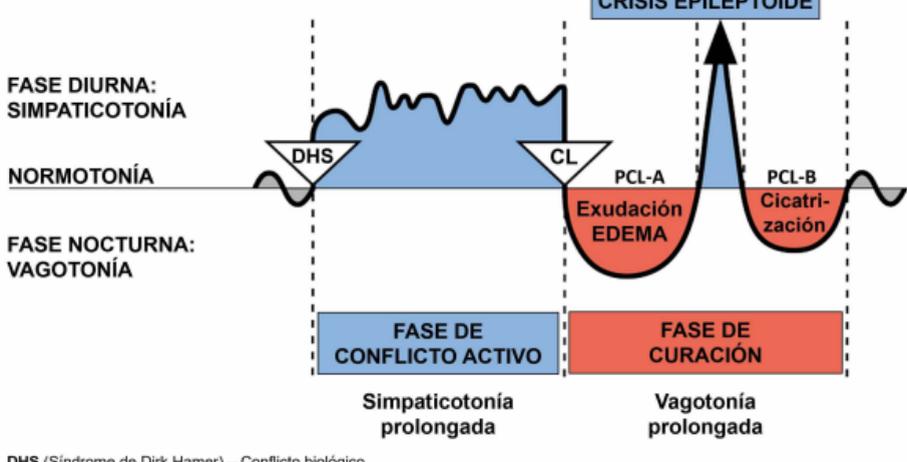
CORTEZA CEREBRAL

vista lateral



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

CL (Conflicto) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflicto) – Fase de curación

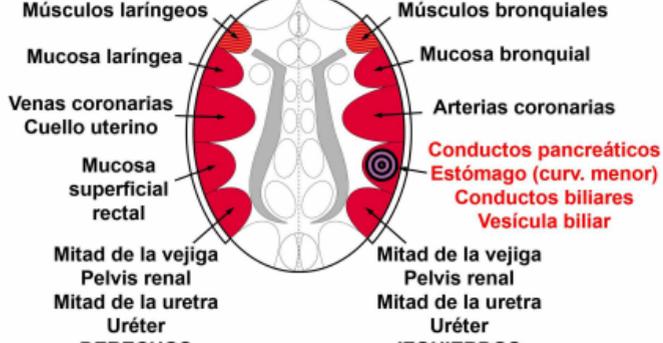
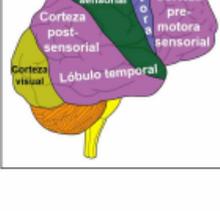
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



LÓBULOS TEMPORALES
vista superior

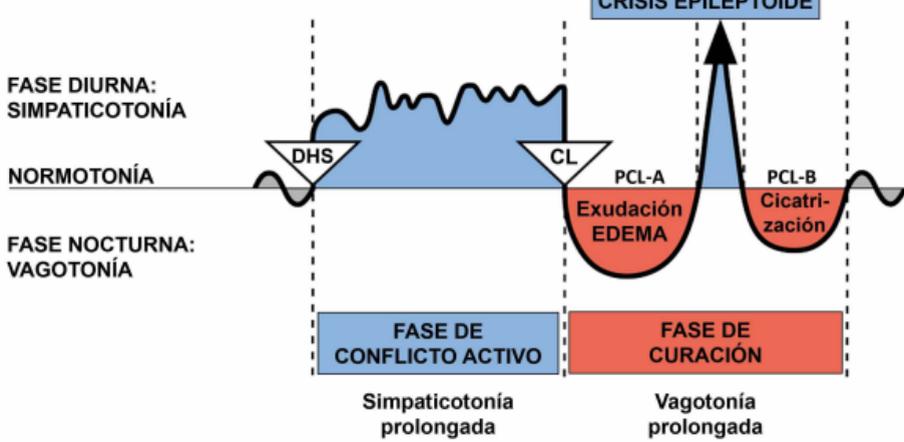


CORTEZA CEREBRAL
vista lateral



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

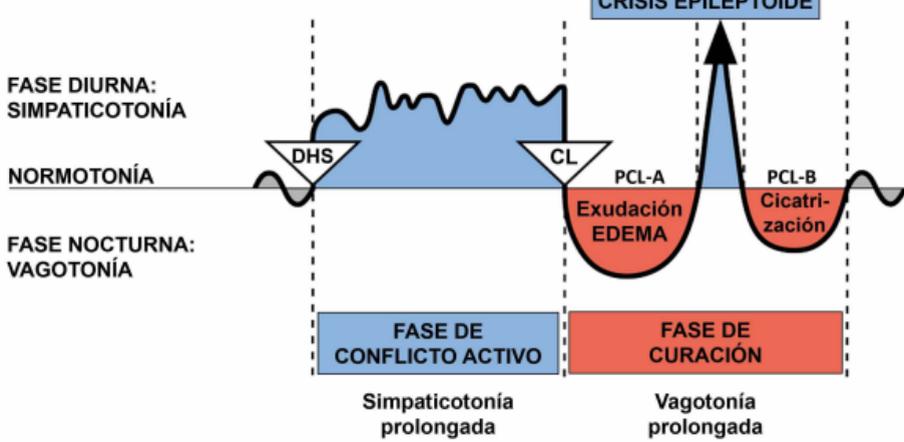


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

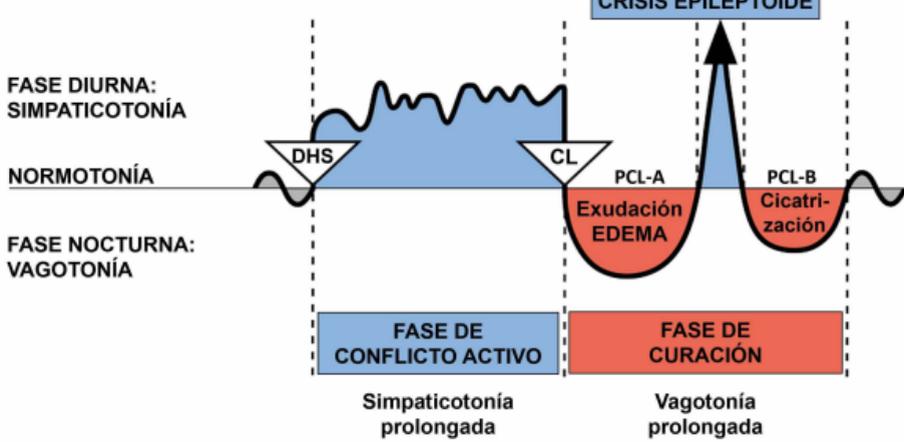


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO

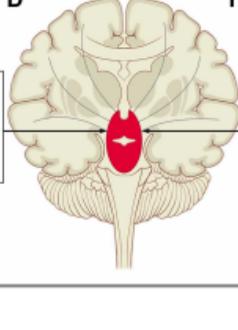
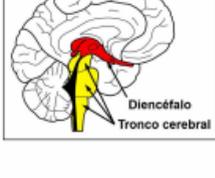


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico
 CL (Conflictoólisis) – Resolución del conflicto
 PCL (Post-Conflictoólisis) – Fase de curación

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

DIENCÉFALO
vista frontal

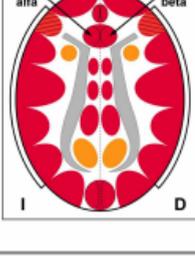
DIENCÉFALO
vista lateral



Células beta
de los islotes
Centro
de la insulina

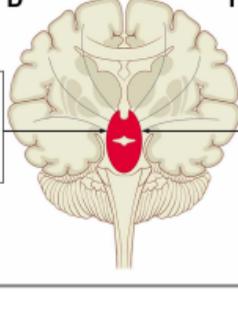
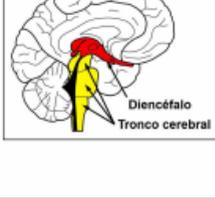
Células alfa
de los islotes
Centro
del glucagón

CÓRTEZA CEREBRAL
vista superior



DIENCÉFALO
vista frontal

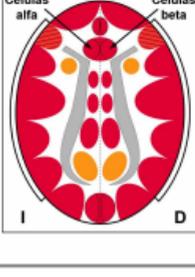
DIENCÉFALO
vista lateral



Células beta
de los islotes
Centro
de la insulina

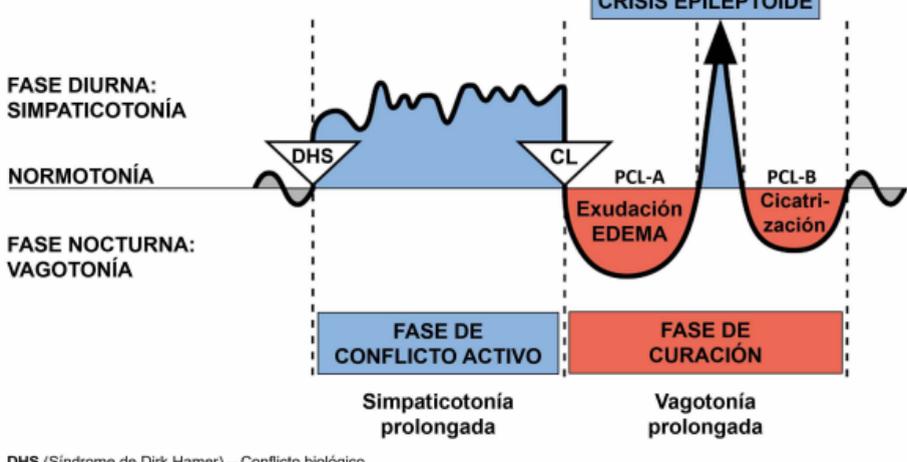
Células alfa
de los islotes
Centro
del glucagón

CÓRTEZA CEREBRAL
vista superior



PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicto biológico

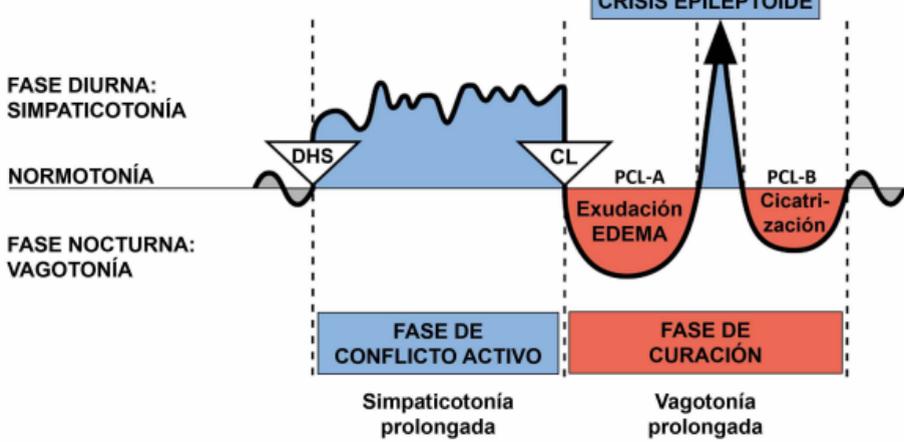
CL (Conflictólisis) – Resolución del conflicto

PCL (Post-Conflictólisis) – Fase de curación

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

PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PATRÓN BIFÁSICO



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

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