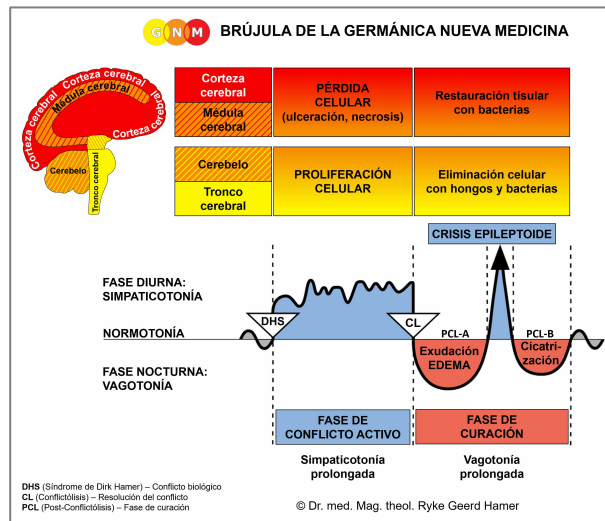


# PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

## PULMONES

escrito por Caroline Markolin, Ph.D.



**Alvéolos pulmonares**

**Células caliciformes**

**Mucosa bronquial**

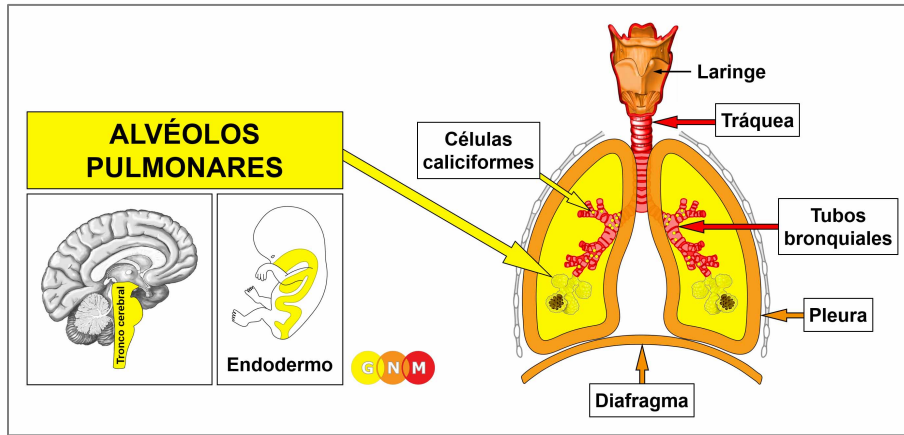
**Tráquea**

**Músculos bronquiales**

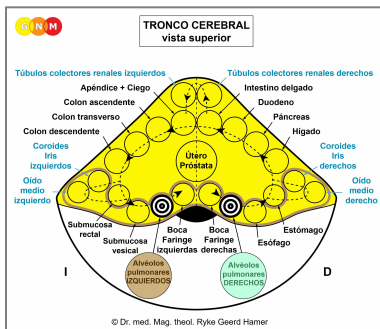
**Pleura**

**Diafragma**

Rev. 1.02



**DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS ALVÉOLOS PULMONARES:** Los pulmones están ubicados en ambos lados del tórax y están separados entre sí por el corazón. Están encubiertos por la caja torácica y el diafragma, el principal músculo de la respiración. La pleura protege y acolchona los pulmones. La función de los pulmones es suministrar oxígeno al cuerpo mediante la inhalación y eliminar el dióxido de carbono mediante la exhalación. Después de entrar por la nariz o la boca, el aire viaja hacia abajo por la tráquea. La tráquea se divide en dos bronquios que continúan dividiéndose en ramas cada vez más pequeñas, llamadas bronquiolos. Los bronquiolos terminan en pequeños sacos de aire o alvéolos pulmonares. Las células alveolares (neumocitos) que revisten los alvéolos pulmonares regulan el intercambio de gases entre los alvéolos y la sangre. En términos evolutivos, los neumocitos se desarrollaron a partir del tejido intestinal. Al igual que las células intestinales que absorben el “bocado”, la función biológica de las células alveolares es “absorber” (cualidad absorbente) el “bocado de aire”. Las células alveolares constan de epitelio cilíndrico intestinal, se originan del endodermo y, por lo tanto, se controlan desde el tronco cerebral.



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

Los alvéolos pulmonares del pulmón derecho, originalmente responsables de la entrada de oxígeno, se controlan desde el lado derecho del tronco cerebral (ved mitad derecha de la boca y la faringe correspondiente a la ingesta de alimentos). Los alvéolos pulmonares del pulmón izquierdo, originalmente responsables de la salida de dióxido de carbono, se controlan desde el hemisferio izquierdo del tronco cerebral (ved la mitad izquierda de la boca y la faringe correspondientes a la eliminación). Actualmente, ambos pulmones comparten la misma función (ved también desarrollo de los riñones).

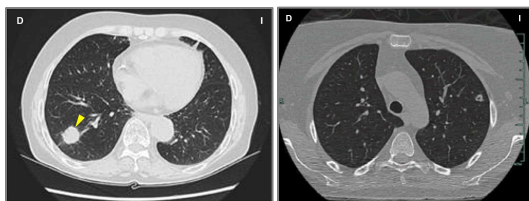
**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado a los alvéolos pulmonares es un **conflicto de miedo de la muerte** porque, en términos biológicos, el pánico a la muerte se equipara con no poder respirar. El centro de control en el lado derecho del tronco cerebral se relaciona con **“no poder atrapar el bocado de aire”**, es decir, no poder inhalar. El centro de control del lado izquierdo del tronco cerebral se relaciona con **“no poder eliminar el bocado de aire”**, es decir, no poder exhalar, por ejemplo, debido a la hiperventilación.

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.

Se puede experimentar un **miedo de la muerte** en cualquier situación que amenace la vida, por ejemplo, en el curso de un accidente o durante una emergencia médica. Sin embargo, el conflicto más común de miedo de la muerte es provocado por un **choque de diagnóstico**, en particular por un diagnóstico de cáncer que impacta a una persona como una sentencia de muerte. Declaraciones de un médico como “el cáncer es maligno”, “inoperable”, “agresivo”, “invasivo”, “metastatizante” o comentarios como “tienes seis meses de vida” y otros veredictos de este tipo pueden evocar un agudo pánico de muerte. Lo mismo es válido para un pronóstico negativo y los resultados de las pruebas basadas en controles médicos (pruebas de Papanicolaou, pruebas de PSA, mamografías, colonoscopias, análisis de sangre). También hay que tener en cuenta los posibles **choques de autodiagnóstico** que se desencadenan, por ejemplo, al detectar un bulto, digamos, en la mama, cuando hay sangre en las heces, en la orina o en el flujo vaginal, o con otros síntomas asociados con tener cáncer (“una enfermedad mortal”). Buscar información sobre un síntoma en particular en internet con innumerables sitios web que propagan el concepto de “enfermedades malignas” puede activar fácilmente un conflicto de miedo de la muerte.

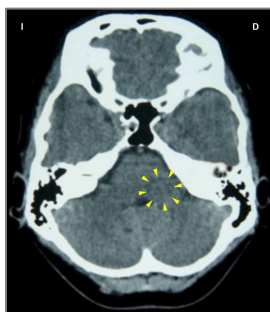
**FASE DE CONFLICTO ACTIVO:** Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo las células de los alvéolos pulmonares proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es mejorar la función de los pulmones. Esto proporciona al organismo más oxígeno para que el individuo esté en una mejor posición para escapar de la situación que amenaza la vida. Con la actividad conflictiva prolongada (conflicto pendiente), los nódulos pulmonares de crecimiento plano (tipo absortivo), denominados **cáncer de pulmón**, se desarrollan como resultado del aumento celular continuo (comparad con el “cáncer de pulmón” relacionado con los bronquios). Si la tasa de división celular excede cierto límite, la medicina convencional considera el cáncer como “maligno”.

**NOTA:** El miedo de la muerte se puede experimentar por la propia vida o por la vida de otros (un miembro de la familia, un amigo querido o una mascota). Se forma un **único nódulo pulmonar (solitario)** si uno sufrió el conflicto con o por otra persona (o animal); se desarrollan dos nódulos para dos personas (por ejemplo, con un miedo de la muerte por ambos padres), tres nódulos para tres personas, y así sucesivamente. **Múltiples nódulos pulmonares** que cubren ambos pulmones revelan que el conflicto de miedo de la muerte se relaciona con uno mismo. El mismo principio se aplica a los nódulos hepáticos.



La TC de tórax de la izquierda muestra un nódulo pulmonar solitario en el pulmón derecho. En una TC orgánica, el nódulo pulmonar compacto (hiperdenso), que indica la fase de conflicto activo de un conflicto de miedo de la muerte, aparece en blanco.

La TC de la derecha muestra múltiples nódulos pulmonares bilaterales.



En esta TC cerebral, vemos el impacto de un conflicto de miedo de la muerte en el área del tronco cerebral que controla los alvéolos pulmonares del pulmón derecho ([ved el diagrama de la GNM](#)). El nítido reborde del Foco de Hamer revela que la persona todavía está en conflicto activo.

Dado que no hay síntomas perceptibles durante la fase de conflicto activo, los nódulos pulmonares en este punto solo se detectan a través de chequeos médicos de rutina o exámenes de seguimiento. Debido al incremento de la presión actual para la detección “preventiva” y herramientas de diagnóstico más sofisticadas, particularmente con la invención de las RMNs y las mamografías, se encuentran muchos más cánceres. En consecuencia, mucha más gente sufre pánicos de muerte. Esto explica por qué el cáncer de pulmón sigue siendo el cáncer más frecuente a pesar de una [disminución significativa del número de fumadores de cigarrillos](#) y por qué incluso los fumadores empedernidos no necesariamente desarrollan cáncer de pulmón – o *ningún* cáncer (ved la teoría de los carcinógenos).



Los animales, como nuestras mascotas, rara vez contraen cáncer de pulmón, no porque no fumen, sino porque son inconscientes ante un diagnóstico. Nancy Zimmerman, directora de apoyo médico en Banfield, el Pet Hospital, una de las prácticas veterinarias más grandes del mundo: “Es importante señalar que no existe un vínculo directo absoluto entre el tabaquismo y el cáncer en las mascotas” (*National and Oregon Health and Wellness Information and Medical News*, 19 de enero de 2009).

Las radiografías de pulmón generalmente se realizan después del diagnóstico de un primer cáncer, como cáncer de mama, cáncer de colon, cáncer de próstata y otros. El lapso de tiempo entre el diagnóstico y las pruebas adicionales es, por lo tanto, crucial porque es durante este período cuando se desarrollan los nódulos pulmonares. Los exámenes de seguimiento repetidos mantienen activo el miedo de la muerte (conflicto pendiente). Según el Dr. Hamer, los nódulos pulmonares ya son visibles en una radiografía después de un par de semanas después del DHS. La medicina convencional interpreta los nódulos como un “cáncer en metástasis”. En realidad, el cáncer de pulmón fue causado por el miedo de la muerte por el devastador diagnóstico del primer cáncer que resultó en uno nuevo, es decir, un **cáncer secundario**.

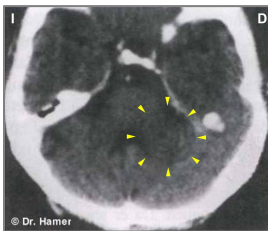
**FASE DE CURACIÓN:** Después de la resolución del conflicto (CL), los hongos o micobacterias como las bacterias TB eliminan las células que ya no son necesarias. **Los síntomas de curación son tos con flema lechosa o de color oxidado. El esputo puede contener sangre.** Debido al pus en la secreción, los síntomas pueden diagnosticarse como **neumonía purulenta** o una “infección pulmonar” (comparad con la neumonía relacionada con la mucosa bronquial). Otro síntoma curativo típico son los **sudores nocturnos**. Si los hongos asisten la curación, esto causa **candidiasis pulmonar** o la llamada “**infección pulmonar por hongos**”.

**ADVERTENCIA:** Durante el proceso de curación, el tejido pulmonar es muy blando. Un movimiento brusco o vigoroso podría romper los pulmones resultando en una hemorragia aguda (hemorragia pulmonar).



**La secreción tuberculosa**, excretada a través del esputo, **es rica en proteínas**. Si la fase de curación es larga e intensa, la deficiencia de proteínas podría ser fatal. Sin embargo, la muerte no es causada por la “infección” de TB, sino más bien por el agotamiento de las proteínas (por esa razón, antes la tuberculosis se llamaba “consumption”, es decir que la persona se consume). Esto es exactamente lo que sucedió durante la **epidemia de tuberculosis pulmonar de 1918/19** ([ved tasa de mortalidad](#)), después de que millones de personas resolvieran los conflictos de miedo de la muerte sufridos durante cuatro años de guerra. El final de la guerra inició una curación masiva, por así decirlo, que resultó en dos pandemias ([ved también Gripe Española](#)). Debido a la pobreza extrema causada por las crisis económicas mundiales que siguieron a la Primera Guerra Mundial, los afectados por la tuberculosis no obtuvieron los alimentos ricos en proteínas necesarios para la curación. Solo aquellos que podían permitirse una nutrición adecuada pudieron sobrevivir. Los pobres no tenían ninguna posibilidad. Los informes históricos sobre epidemias de tuberculosis afirman que la tuberculosis desapareció después de que mejoraron las condiciones sociales y sanitarias. En realidad, fue la nutrición adecuada resultante la que mejoró la situación. La erradicación total de la tuberculosis solo tuvo lugar donde las bacterias TB fueron destruidas a través de la administración a gran escala de **antibióticos anti-TB**, introducidos en 1944. A fines del siglo XIX, antes de la aparición de los antibióticos, los sanatorios antituberculosos proporcionaban (a quienes podían pagarlo) una buena nutrición junto con un descanso forzoso: una configuración perfecta para asistir el proceso de curación.

Antiguamente, la tos con sangre (hemoptisis) se diagnosticaba correctamente como **tuberculosis pulmonar**. Hoy en día, la afección se llama **cáncer de pulmón** ([ved también el cambio de nombre de la tuberculosis hepática a cáncer de hígado y la tuberculosis renal a “síndrome nefrótico”](#)). Es el cambio de nombre de la enfermedad la razón por la que el número de cánceres pulmonares se incrementó drásticamente, mientras que la tuberculosis “desapareció”, sobre todo en el mundo occidental, donde la erradicación de la tuberculosis pulmonar se atribuye al “éxito” de los regímenes de **antibióticos** extensivos y la vacunación (la vacuna BCG-Bacillus-Calmette-Guérin se introdujo por primera vez en 1921; sin embargo, solo se volvió ampliamente utilizada después de la Segunda Guerra Mundial). ¡En el “mundo en desarrollo”, la tuberculosis se considera ahora una enfermedad relacionada con el SIDA!

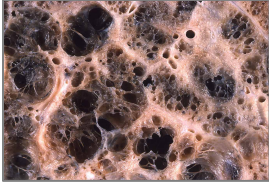


Los anillos “hinchados” y edematosos del Foco de Hamer en el relé de los alvéolos del pulmón derecho ([ved el diagrama de la GNM](#)) indican que la persona ha resuelto el conflicto de miedo de la muerte y ahora está en **PCL-A**.

**NOTA:** Con la retención de agua debido al SÍNDROME, existe el riesgo de que un edema cerebral agrandado comprima el **cuarto ventrículo** causando una hidrocefalia.

Con la retención de agua debido a un conflicto activo de existencia que involucra los túbulos colectores renales, la acumulación de **fluido en los pulmones** (en **PCL-A**) crea un **edema pulmonar** o **edema alveolar** (comparad con el edema pulmonar cardíaco relacionado con el miocardio y el edema pulmonar relacionado con la válvula mitral). El fluido en los pulmones causa graves dificultades respiratorias y potencialmente insuficiencia respiratoria (comparad con el agua *alrededor* de los pulmones relacionada con la pleura). Una situación tan aguda suele ocurrir debido al miedo (“¡Mi vida está en juego!”) o durante la hospitalización ([ved Síndrome de los Túbulos Colectores Renales](#)).

Una vez que se han eliminado los nódulos pulmonares, las **cavernas** permanecen en el sitio. Las cavernas están llenas de aire (comparad con las cavernas del hígado, las cavernas del páncreas, las cavernas de las glándulas mamarias). Con una curación pendiente, es decir, cuando la curación se interrumpe continuamente por recaídas conflictivas desencadenadas por los raíles del miedo de la muerte, las cavernas se incrementan en tamaño; más aún con el SÍNDROME cuando el agua retenida infla demasiado las cavernas.

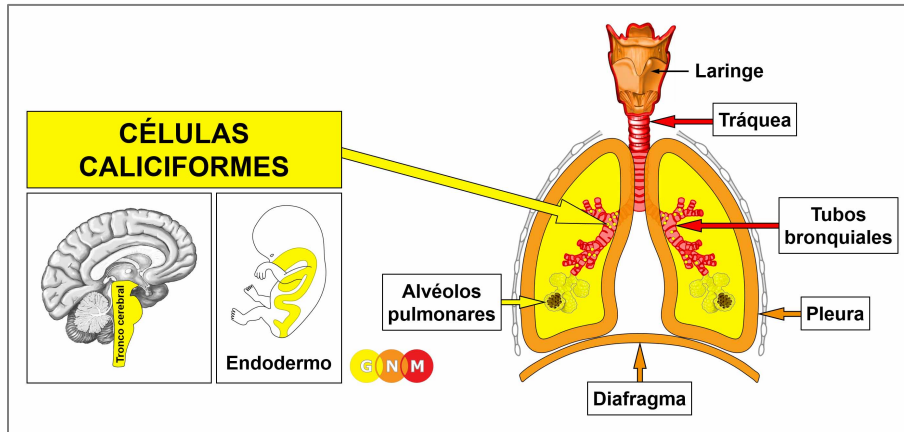


Los “agujeros en los pulmones” presentan el cuadro clínico de un **enfisema pulmonar** con una crónica dificultad para respirar.

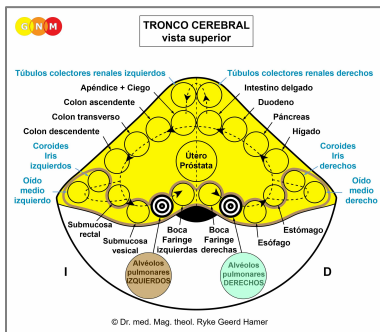
Durante un accidente, una caída o un movimiento vigoroso, por ejemplo, en los deportes, una caverna pulmonar puede romperse, conduciendo a un **neumotórax** con aire entrando en el espacio pleural causando un colapso de los pulmones. También puede ocurrir un neumotórax a través de una punción pleural (ved derrame pleural).

**La fibrosis pulmonar** es el resultado de fases de curación recurrentes (comparad con la fibrosis quística relacionada con las células caliciformes). En este caso, las cavernas están llenas de tejido fibrótico. La condición se describe como “cicatrización de los pulmones”. La acumulación de tejido cicatricial también se denomina **sarcoidosis pulmonar**, o **Morbus Boeck**.

**Si los microbios necesarios no están disponibles en el momento de la resolución del conflicto**, porque fueron destruidos por el uso excesivo de antibióticos, los nódulos pulmonares no se pueden descomponer y, por lo tanto, permanecen. Eventualmente, se encapsulan. Por lo tanto, el uso excesivo de antibióticos en la actualidad contribuye significativamente al número creciente de cánceres de pulmón que se detectan durante los exámenes médicos. Tales nódulos pulmonares encapsulados que se originaron a partir de un miedo de la muerte desaparecido hace mucho tiempo, podrían descubrirse accidentalmente años o incluso décadas más tarde.



**DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LAS CÉLULAS CALICIFORMES:** Las células caliciformes son glándulas unicelulares que se encuentran dispersas en la mucosa bronquial y la tráquea. En los bronquios, las células caliciformes secretan moco que humedece las vías respiratorias y limpia el aire que ingresa a los pulmones. En embriología, las células caliciformes se consideran residuos de células intestinales. Por lo tanto, constan de epitelio cilíndrico intestinal, se originan del endodermo y se controlan desde el tronco cerebral.

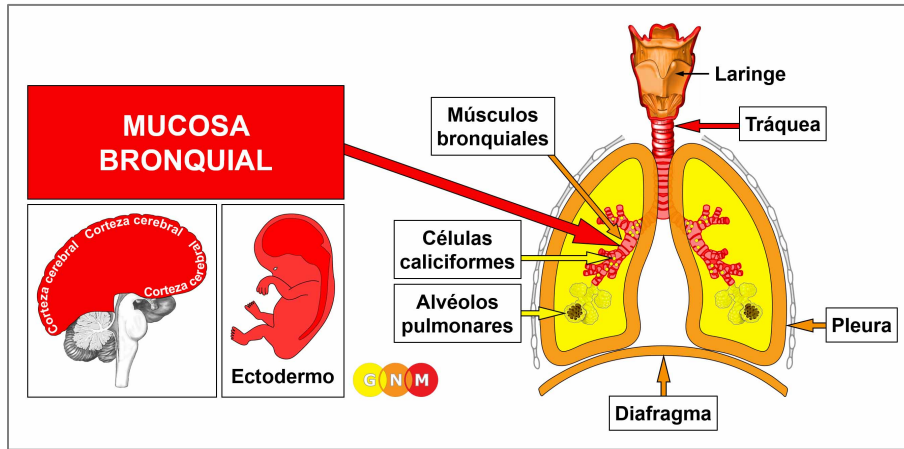


**NIVEL CEREBRAL:** En el **tronco cerebral**, las células caliciformes se controlan desde los mismos dos relés cerebrales que los alvéolos pulmonares.

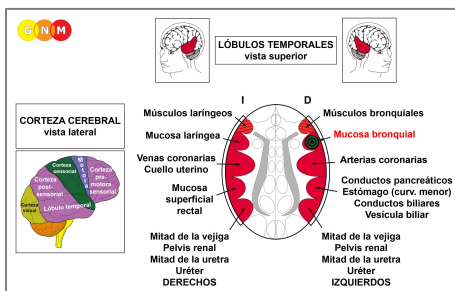
**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado a las células caliciformes es un **miedo a asfixiarse, un pánico a no recibir suficiente aire**. El conflicto podría experimentarse, por ejemplo, durante un accidente (ahogamiento, intoxicación por humo, estrangulamiento) o una emergencia médica como un ataque de asma. Los recién nacidos sufren el pánico a asfixiarse cuando el cordón umbilical se enrolla alrededor del cuello o se corta demasiado pronto, porque los pulmones del recién nacido necesitan una cierta cantidad de tiempo para acostumbrarse a la respiración independiente. Los infantes tienen el conflicto cuando se les coloca en una posición en la que no pueden respirar.

**FASE DE CONFLICTO ACTIVO:** De la misma forma que las células intestinales proliferan con un conflicto biológico asociado con un “bocado de comida”, durante la fase de conflicto activo las células caliciformes se incrementan en número en respuesta a la angustia de no recibir suficiente aire. El **propósito biológico de la proliferación celular** es mejorar la secreción de moco para insalivar mejor el “bocado de aire”. En la medicina convencional, las células adicionales se diagnostican como un **carcinoma intrabronquial de células caliciformes**.

**FASE DE CURACIÓN:** Después de la resolución de conflicto (CL), los hongos o micobacterias como la bacteria de la tuberculosis (TB) eliminan las células que ya no son necesarias. **Los síntomas de curación son tos con flema amarilla y purulenta y sudores nocturnos.** Con una fase de curación intensa, la acumulación de moco espeso y viscoso en los bronquios podría causar una obstrucción completa de las vías respiratorias dando lugar a **mucoviscidosis o fibrosis quística** con graves dificultades respiratorias (comparad con la fibrosis pulmonar relacionada con los alvéolos pulmonares). Si el proceso de curación se prolonga (curación pendiente) debido a las continuas recaídas conflictivas, el proceso de descomposición recurrente conduce eventualmente a una pérdida de células calciformes que resulta en una reducción o el cese de la producción de moco.



**DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA MUCOSA BRONQUIAL:** Los tubos bronquiales se ramifican desde la tráquea en dos bronquios principales desde donde se subdividen dentro de cada pulmón en numerosos conductos pequeños, llamados bronquiolos. La función principal de los bronquios y bronquiolos es llevar aire a los alvéolos pulmonares, donde se intercambian oxígeno y dióxido de carbono durante la respiración. La mucosa bronquial consta de epitelio escamoso, se origina del ectodermo y, por tanto, se controla desde la corteza cerebral.



**NIVEL CEREBRAL:** La mucosa bronquial de ambos pulmones se controla desde el **lóbulo temporal derecho** (parte de la **corteza sensorial**). El centro de control está posicionado exactamente frente al relé cerebral de la mucosa laríngea.

**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado a la mucosa bronquial es un **conflicto de miedo territorial** masculino o un **conflicto de miedo-susto** femenino, según el género, la lateralidad y el estado hormonal de una persona (ved también Constelación de Vuelo). El conflicto de miedo territorial masculino es el equivalente al conflicto femenino de preocupación por el nido. De hecho, originalmente, el Dr. Hamer denominó al DHS relacionado con los bronquios como un “conflicto de preocupación en el territorio”.

**Género, Lateralidad, Estado Hormonal****Conflicto Biológico****Órgano Afectado**

Hombre diestro (EHN)  
Hombre zurdo (EHN)  
Hombre diestro (EBT)  
Hombre zurdo (EBT)

Conflicto de miedo territorial  
Conflicto de miedo territorial  
Conflicto de miedo-susto  
Conflicto de miedo-susto

Mucosa bronquial  
Mucosa laríngea\*  
Mucosa laríngea  
Mucosa bronquial\*

Mujer diestra (EHN)  
Mujer zurda (EHN)  
Mujer diestra (EBE)  
Mujer zurda (EBE)

Conflicto de miedo-susto  
Conflicto de miedo-susto  
Conflicto de miedo territorial  
Conflicto de miedo territorial

Mucosa laríngea  
Mucosa bronquial\*  
Mucosa bronquial  
Mucosa laríngea\*

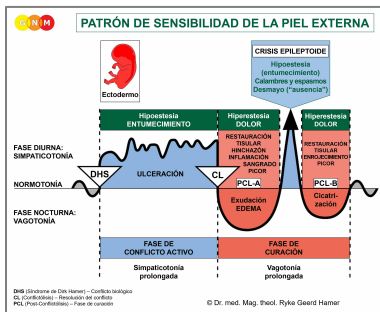
EHN = Estado hormonal normal    EBT = Estado bajo de testosterona    EBE = Estado bajo de estrógenos

**\*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**.

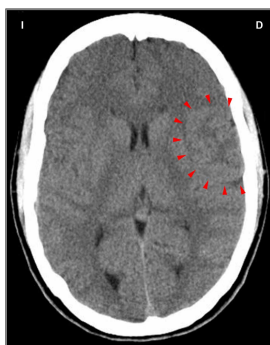
Un **conflicto de miedo territorial** se refiere a una **amenaza en el “territorio”**, un **miedo dentro del “territorio”** (en el hogar, en el trabajo, en la escuela, en el patio de recreo, en el jardín de infancia o guardería, en un hogar para personas mayores (residencias), en el hospital o en el pueblo, ciudad y país donde uno vive), y al **miedo con respecto a la propia seguridad**, así como a la seguridad de la “manada”. El abuso físico, la violencia familiar, el acoso escolar, la intimidación, un accidente, un incendio o una inundación, una condición médica aguda, un diagnóstico o pronóstico aterrador, procedimientos médicos aterradores u hospitalización son algunos ejemplos de lo que puede desencadenar el conflicto. Los niños sufren el conflicto cuando son castigados, abusados o gritados, cuando están aterrizados por una persona o una situación, cuando ven películas o videos espeluznantes que muestran monstruos o vampiros, o cuando tienen pesadillas. ¡El pánico de un adulto también puede crear un miedo territorial en un niño! Los niños no nacidos experimentan el conflicto en el útero cuando la madre está en peligro o al nacer durante un parto difícil. El conflicto también podría concernir a un miembro del “territorio” (miedo a perder a una pareja que asegura un hogar o cuando un ser querido está gravemente enfermo, hospitalizado o diagnosticado con cáncer, asociado con una “enfermedad mortal”). El miedo territorial puede ser compartido por personas de grandes regiones, por ejemplo, durante un desastre natural, durante tiempos de guerra, o a través del miedo de ataques terroristas o alarmas pandémicas (SIDA, SARS, Gripe Porcina, etc.) por parte de los medios de comunicación.





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

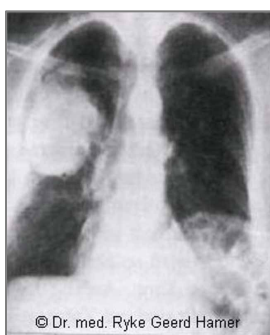
**FASE DE CONFLICTO ACTIVO:** **ulceración en la mucosa bronquial** proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. El **propósito biológico de la pérdida celular** es ampliar las vías respiratorias para que pueda llegar más aire a los pulmones. La función mejorada de los pulmones sirve para facilitar una resolución del conflicto. No hay síntomas en la fase de conflicto activo.



Esta TC cerebral muestra el impacto de un conflicto de miedo territorial en el área de la corteza cerebral que controla la mucosa bronquial ([ved el diagrama de la GNM](#)). El nítido borde del Foco de Hamer revela actividad conflictiva.

**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**. Los **síntomas de curación** son **dolor** debido a la hinchazón causada por el edema (acumulación de fluido), **cosquilleo en los pulmones** (picazón o prurito es característico de cualquier curación que involucre tejido epitelial escamoso como la piel) y **tos**. La tos facilita la aparición de flemas que contienen restos del proceso de reparación. Dependiendo de la intensidad del conflicto, los síntomas varían de leves a severos. Después de la Crisis Epileptoide, en **PCL-B**, la hinchazón retrocede y la función de los bronquios vuelve a la normalidad.

En la medicina convencional, la proliferación celular que tiene lugar en **PCL-A** se diagnostica como un “**cáncer de pulmón**” o **cáncer bronquial** (comparad con el cáncer de pulmón relacionado con los alvéolos pulmonares). Según las Cinco Leyes Biológicas, las nuevas células no pueden considerarse “células cancerosas”, ya que el incremento de células es, en realidad, un proceso de reposición.



La hinchazón en un tubo bronquial puede bloquear las vías respiratorias resultando en una **atelectasia** bronquial. En una radiografía de pulmón, el bronquio, sin aire debido a la obstrucción, aparece de color blanco (ved imagen). Después de la Crisis Epileptoide, el tubo bronquial se vuelve a abrir acompañado de tos fuerte y producción de esputo. Sin embargo, con una curación pendiente, cuando el proceso de reparación se interrumpe continuamente por recaídas conflictivas, la acumulación de cicatrices finalmente se endurece y el resultado es que la atelectasia permanece (esto también se conoce como **EPOC- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**). La constricción bronquial causa dificultades respiratorias permanentes, incluso después de que se haya completado la fase de curación.

Según el Dr. Hamer, una atelectasia a menudo se diagnostica erróneamente como un tumor bronquial.

La **bronquitis** ocurre cuando la curación va acompañada de una **inflamación**, típicamente con **fiebre**, **dolores de cabeza** por la hinchazón en el relé cerebral correspondiente y **fatiga** ya que el sistema nervioso autónomo se encuentra en un estado de reposo prolongado (vagotonía). En la medicina convencional, la bronquitis recurrente generalmente se asocia con “alergias” (ved también asma bronquial).

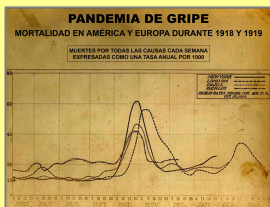
La **neumonía es una bronquitis con el SÍNDROME**, es decir, con retención de agua como resultado de un conflicto activo de abandono o existencia que involucra los túbulos colectores renales. En **PCL-A**, el agua retenida se almacena excesivamente en los bronquios (comparad con el edema pulmonar). A nivel cerebral, el exceso de agua puede conducir a complicaciones serias, particularmente durante la Crisis Epileptoide, que es el punto crítico (“lisis neumónica”) en el que se expulsa el edema cerebral. La presión cerebral causada por la oleada simpaticotónica puede ser tan fuerte que la persona entra en coma y muere. Sin embargo, si la fase de conflicto activo duró menos de 4-5 meses, la Epi-Crisis, según el Dr. Hamer, no pone en peligro la vida.

**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).

La denominada **enfermedad del legionario** es un tipo de neumonía. El nombre proviene de un brote de neumonía entre personas que habían asistido a una convención de la Legión Americana en Filadelfia en 1976. ¿Cuál fue posiblemente el conflicto de miedo territorial experimentado por tantos participantes de la reunión?

La **“neumonía bacteriana”** indica que el proceso de reparación y cicatrización (**PCL-B**) es asistido por bacterias. Este suele ser el caso cuando la ulceración que tiene lugar en la fase de conflicto activo penetra profundamente en el tejido bronquial.

La medicina convencional afirma que la **“neumonía viral”** es causada por virus, en particular por los virus de la influenza que supuestamente causaron la **pandemia de la Gripe Española** después de la Primera Guerra Mundial o, en nuestros días, el SARS, la Gripe Aviar, la Gripe Porcina y similares. Sin embargo, ninguno de los **virus de la influenza** ha sido verificado científicamente. Sin embargo, **las amenazas de una “pandemia de influenza” mundial** pueden desencadenar conflictos de miedo territorial y de existencia entre la población, lo que resulta en un rápido incremento de los casos de **influenza**.



Estas estadísticas de la pandemia de la Gripe Española muestran que el brote se inició a principios de octubre de 1918 y alcanzó su punto máximo 3-4 semanas después. Según los registros históricos, Alemania pidió a los Aliados un alto el fuego el 4 de octubre de 1918 (la fecha oficial del fin de la Primera Guerra Mundial es el 11 de noviembre de 1918).

Con el panorama de la paz, millones de personas en todo el mundo empezaron a sanar los conflictos de miedo territorial que habían sufrido durante cuatro años de guerra (véase también la epidemia de tuberculosis pulmonar de 1918/19).

Fuente: Museo Nacional de Salud y Medicina, Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas, 2006 22

La neumonía también es la afección pulmonar más común asociada con el **VIH** y **el SIDA**. Como ahora entendemos, no existe una relación causal en absoluto con el presunto Virus-IH, sino más bien con un “miedo territorial” o conflicto de miedo-susto asociado con la “enfermedad”.

## SIDA-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

“Si hay evidencia de que el VIH causa el SIDA, debería haber documentos científicos que demuestren ese hecho ya sea individual o colectivamente, al menos con una alta probabilidad. No existe tal documento” (Dr. Kary Mullis, Premio Nobel de Química de 1993).

“Hasta el día de hoy, no existe ni una sola evidencia científicamente convincente de la existencia del VIH. Ni siquiera uno de esos retrovirus ha sido aislado y purificado por los métodos de la virología clásica” (Dr. Heinz Ludwig Sanger, Profesor Emérito de Biología Molecular y Virología, Instituto Max Planck de Bioquímica, Múnich).

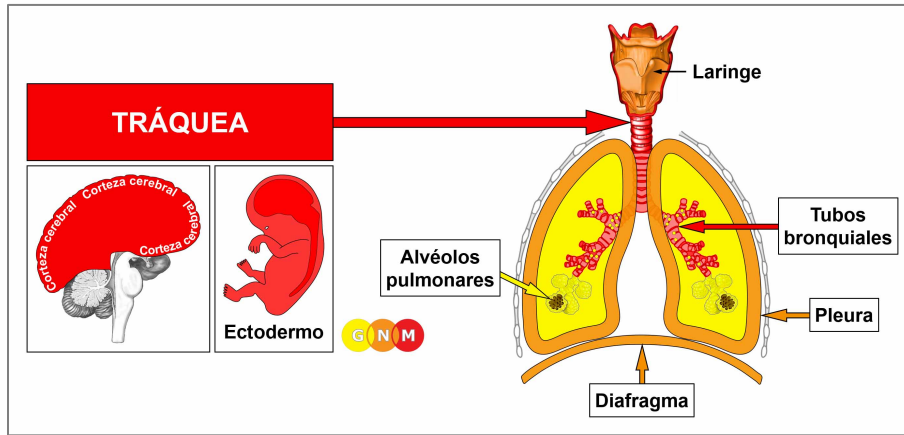
En 1983, el investigador Americano Robert Gallo afirmó haber descubierto el “virus de la inmunodeficiencia humana” (VIH) como agente responsable de la causa del SIDA. En 1984, Gallo publicó cuatro artículos en *Science*, en los que afirmaba que había aislado el virus del VIH. En diciembre de 2008, treinta y siete profesionales legales, médicos y de investigación enviaron una carta a la revista, pidiéndole que se retractara oficialmente de los cuatro artículos originales que argumentaban que el VIH era la causa del SIDA. Según los autores, habían surgido pruebas generalizadas de que los estudios de Gallo no solo se llevaron a cabo de manera deficiente, sino que sus resultados fueron falsificados. La carta de los 37 expertos incluye una carta del propio Gallo, admitiendo a otro investigador que el VIH no puede aislarse solo de muestras humanas. Además, una carta de un experto en microscopía electrónica reveló que no había virus del VIH en las muestras de 1984 de Gallo.

**Dr. Hamer:** “Los síntomas del ‘SIDA’ son el resultado de la invención del SIDA”.

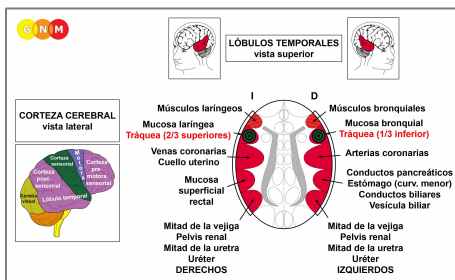
En base a la comprensión de las Cinco Leyes Biológicas, la mayoría de los síntomas del “SIDA” son causados por el choque de diagnóstico y por conflictos biológicos desencadenados por el miedo a la enfermedad. Aquí están algunos ejemplos:

- conflicto de miedo de la muerte que involucra los pulmones (tuberculosis pulmonar, enfisema pulmonar).
- conflictos de miedo-susto que resultan en síntomas respiratorios como bronquitis o neumonía
- conflictos de miedo frontal (linfoma no-Hodgkin).
- conflictos de abandono o existencia (cáncer de riñón).
- conflictos de desvalorización de sí mismo (anemia, leucemia, cáncer de huesos, linfoma).
- conflictos de ataque o de “sentirse manchado” (herpes zóster, sarcoma de Kaposi).
- conflictos de enfado territorial (hepatitis).
- conflictos de separación (erupciones cutáneas, herpes).
- conflictos de sangrado desencadenados por análisis de sangre que conducen a un agrandamiento del bazo.

**NOTA:** Usualmente, un aumento de anticuerpos se considera un signo de un “fuerte sistema inmune”. Pero no cuando se trata del SIDA. En las pruebas de VIH, la presencia de anticuerpos se considera una indicación de que la persona es “seropositiva”, es decir, ¡“infectada” con el “Virus de la Inmuno Deficiencia Humana”!



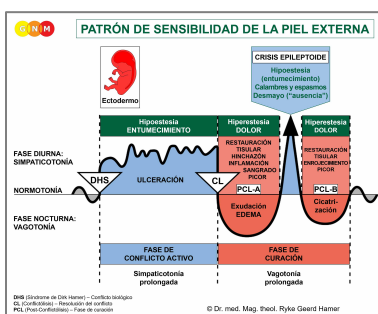
**DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA TRÁQUEA:** La tráquea o “tubo del viento” (del inglés, “windpipe”) conecta la laringe con los dos bronquios pulmonares. Tiene la función vital de proporcionar flujo de aire hacia y desde los pulmones para la respiración. La tráquea está compuesta por anillos de cartílago, músculos lisos y tejido conectivo. La mucosa traqueal que recubre la pared interna de la tráquea consta de epitelio escamoso, se origina del ectodermo y, por lo tanto, se controla desde la corteza cerebral.



**NIVEL CEREBRAL:** La tráquea se controla desde la **corteza sensorial** (parte de la corteza cerebral). El relé cerebral de los dos tercios superiores de la tráquea se encuentra en el lado izquierdo de la corteza, precisamente, debajo del centro de control de la mucosa laríngea; el relé cerebral para el tercio inferior se encuentra en el hemisferio cortical derecho, debajo del centro de control de la mucosa bronquial.

**NOTA:** Los centros de control de la tráquea 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 a la tráquea es **no recibir suficiente aire** (comparad con el conflicto relacionado con el diafragma), por ejemplo, cuando un quiste tiroideo presiona sobre la tráquea.



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

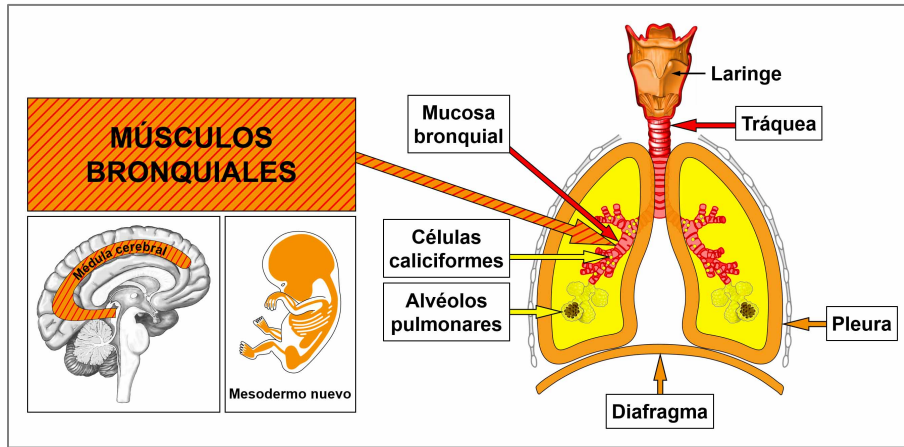
**FASE CONFLICTO ACTIVO:** **ulceración del revestimiento traqueal** proporcional al grado y duración de la actividad conflictiva. El **propósito biológico de la pérdida celular** es ensanchar la tráquea para obtener más aire.

**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**. Si la sección inferior de la tráquea se ve afectada, esto causa **dolor** detrás del esternón debido a la hinchazón y **dificultades para respirar**. Con la retención de agua (el SÍNDROME), la hinchazón podría conducir a una obstrucción de las vías respiratorias. Con una inflamación, la condición se llama **traqueítis**, generalmente acompañada de **fiebre**. En la medicina convencional, un estrechamiento de la tráquea superior se conoce como “Estenosis de Subglotis Idiopática”. El incremento celular en la tráquea también podría diagnosticarse como un **cáncer de tráquea**. Según la GNM, las nuevas células no pueden considerarse “células cancerosas”, ya que el incremento celular es, en realidad, un proceso de reposición. Sin embargo, una gran hinchazón podría obstruir la tráquea y requerir cirugía para abrir la tráquea y mejorar la respiración.

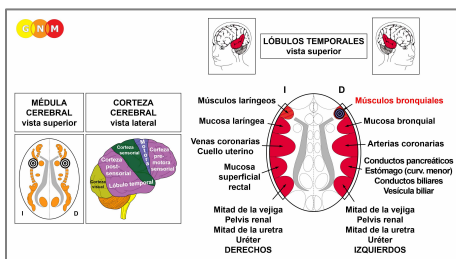
Después de la Crisis Epileptoide, el edema disminuye y en **PCL-B** el órgano vuelve lentamente a su función normal.

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





**DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS BRONQUIALES:** La pared de los bronquios y bronquiolos consta de una mucosa epitelial y una capa de músculos lisos y estriados. La función de los músculos bronquiales es alterar el lumen de los bronquios para incrementar el flujo de aire durante la respiración (comparad con el diafragma). La parte estriada de los músculos bronquiales se origina del mesodermo nuevo y se controla desde la médula cerebral y la corteza motora. **NOTA:** Los **músculos bronquiales lisos** son de origen endodérmico y se controlan desde el **mesencéfalo**.



**NIVEL CEREBRAL:** Los músculos bronquiales tienen dos centros de control en el cerebro. La función trófica del músculo, responsable de la nutrición del tejido, se controla desde la **médula cerebral**; la contracción de los músculos se controla desde el lado derecho de la **corteza motora** (en el **lóbulo temporal**). El centro de control está posicionado al lado del relé cerebral de la mucosa bronquial y exactamente frente al relé cerebral de los músculos laríngeos.

**NOTA:** La **inhalación** se controla desde el relé de los músculos bronquiales (en el lado derecho de la corteza motora) mientras que la **exhalación** se controla desde el relé de los músculos laríngeos (en el lado izquierdo de la corteza motora). Normalmente, estos dos movimientos respiratorios están en equilibrio. Esto cambia si un conflicto biológico involucra uno de los dos relés cerebrales o ambos.

**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico vinculado a los músculos bronquiales es el mismo que para la mucosa bronquial, es decir, un **conflicto de miedo territorial** masculino o un **conflicto de miedo-susto** femenino, dependiendo del género, lateralidad y estado hormonal de la persona (ved también Constelación de Asma Bronquial, Constelación de Asma Laríngea). El aspecto distintivo del conflicto relacionado con el tejido muscular es la angustia adicional de “no poder escapar”, “no poder actuar (reaccionar)”, sentirse “enraizado en el suelo” (petrificado) o “sentirse atrapado” (ved músculos esqueléticos).

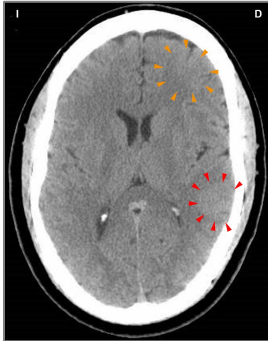
Género, Lateralidad, Estado Hormonal	Conflicto Biológico	Órgano Afectado
Hombre diestro (EHN)	Conflicto de miedo territorial	Músculos bronquiales
Hombre zurdo (EHN)	Conflicto de miedo territorial	Músculos laríngeos*
Hombre diestro (EBT)	Conflicto de miedo-susto	Músculos laríngeos
Hombre zurdo (EBT)	Conflicto de miedo-susto	Músculos bronquiales*
Mujer diestra (EHN)	Conflicto de miedo-susto	Músculos laríngeos
Mujer zurda (EHN)	Conflicto de miedo-susto	Músculos bronquiales*
Mujer diestra (EBE)	Conflicto de miedo territorial	Músculos bronquiales
Mujer zurda (EBE)	Conflicto de miedo territorial	Músculos laríngeos*

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**

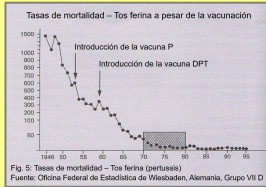
**FASE DE CONFLICTO ACTIVO:** pérdida celular (necrosis) de tejido muscular bronquial (controlada desde la médula cerebral) y, proporcionalmente al grado de actividad conflictiva, incremento de la **parálisis de los músculos bronquiales** (controlada desde la corteza motora). La parálisis causa **dificultades respiratorias**, explícitamente, **dificultades para inhalar – la exhalación se prolonga** debido a la función reducida de los músculos bronquiales que controlan la inhalación.

**NOTA:** Los músculos estriados pertenecen al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado con la pérdida funcional (ved 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).



Esta TC cerebral muestra el impacto de un conflicto de miedo territorial en el relé de los músculos bronquiales (flechas naranjas) y de un conflicto de enfado territorial en el relé del estómago (flechas rojas – [ved el diagrama de la GNM](#)). Los nítidos bordes de los Focos de Hamer indican que ambos conflictos están activos.

**FASE DE CURACIÓN:** Durante la fase de curación se reconstruyen los músculos bronquiales. La parálisis llega hasta **PCL-A**. La Crisis Epileptoide se presenta como **ataques de tos con espasmos bronquial y convulsiones**, equivalente a una convulsión focal (los medicamentos que contienen codeína suprimen la tos; como la morfina, la codeína es un derivado del opio). La tos es seca, si el Programa Especial Biológico involucra solo a los músculos bronquiales. Sin embargo, a menudo el conflicto afecta tanto a los músculos bronquiales como a la mucosa bronquial, lo que tiene la ventaja de que las Crisis Epileptoides combinadas facilitan una expulsión más rápida del moco de los bronquios. Esta condición se conoce como **“bronquitis espástica”**. **La tos ferina (pertussis)** también es un proceso de curación combinado (ved también tos ferina relacionada con los músculos laríngeos). En **PCL-B**, la función de los músculos bronquiales vuelve a la normalidad.



Este diagrama muestra las tasas de muerte por tos ferina en Alemania entre 1946 y 1995. Fuente: Oficina Federal de Estadística de Wiesbaden, Alemania

Se inició el programa de vacunación contra la tos ferina (Introducción de la vacuna P) y para la DPT (Difteria-Pertussis-Tétanos) mucho después del pico de la epidemia de tos ferina (ved también el programa de vacunación contra el tétanos).

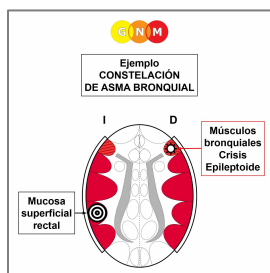
Los síntomas recurrentes o una **“tos alérgica”** son provocados por recaídas conflictivas desencadenadas por el establecimiento en un raíl que se estableció cuando tuvo lugar el conflicto original (ved alergias).

**NOTA:** Todos los **órganos que derivan del mesodermo nuevo** (“grupo excedente”), incluidos los músculos bronquiales, 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.

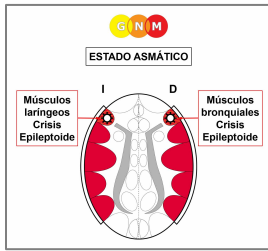
**EI ASMA BRONQUIAL** incluye dos Programas Especiales Biológicos (ved también asma laríngea):

- la actividad conflictiva correspondiente al relé cerebral de los músculos bronquiales en el lóbulo temporal derecho relacionado con un conflicto de miedo territorial o conflicto de miedo-susto, según el género, la lateralidad y el estado hormonal de la persona.
- la actividad conflictiva correspondiente a un relé cerebral en el lóbulo temporal izquierdo (conflicto de miedo-susto o conflicto de miedo territorial, conflicto sexual o conflicto de pérdida territorial, conflicto de identidad o conflicto de enfado territorial, conflicto de demarcación femenino o conflicto de demarcación territorial masculino, según el género, lateralidad y estado hormonal de la persona).

En este caso, la persona se encuentra en una **Constelación de Asma Bronquial**, también durante la Crisis Epileptoide que es una reactivación temporal de la fase de conflicto activo.



El **ataque de asma** en sí ocurre durante la **Crisis Epileptoide**. La Epi-Crisis de los **músculos bronquiales** estriados se presenta como convulsiones que se mueven hacia la boca, es decir, hacia afuera. Los **síntomas** del asma bronquial son, por tanto, las típicas **sibilancias y la espiración prolongada** de los asmáticos (cuando los músculos bronquiales se ven afectados, la exhalación se prolonga debido a la pérdida funcional parcial de los músculos que controlan la inhalación). La Epi-Crisis de los músculos bronquiales lisos se presenta como un espasmo, similar a la hiperperistalsis durante un cólico intestinal. Con la retención de agua concurrente debido al SÍNDROME, el ataque de asma podría ser severo.

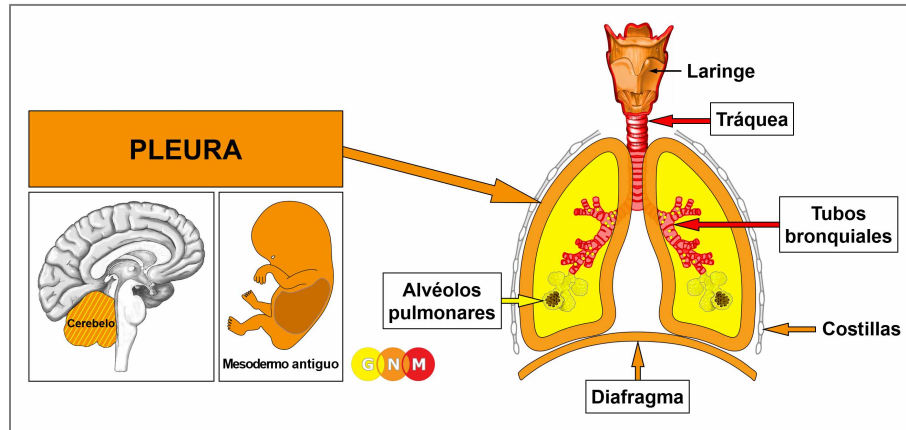


Cuando los músculos bronquiales y laríngeos atraviesan la Crisis Epileptoide al mismo tiempo, el ataque de asma se presenta como una exhalación prolongada con sibilancias (asma bronquial) e inhalación prolongada con jadeos para respirar (asma laríngea). Esta condición, llamada **estado asmático**, causa dificultades respiratorias agudas con el peligro de morir por asfixia.

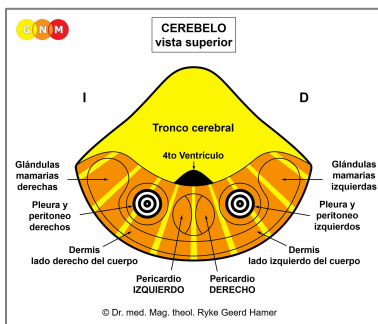
**NOTA:** La cortisona es un agente simpaticotónico que reactiva los síntomas de conflicto activo. En este caso, causa una parálisis de los músculos bronquiales y laríngeos. El efecto antiespasmódico del medicamento puede, por tanto, salvar vidas. Tenga cuidado, sin embargo, con el SÍNDROME, ya que la retención de agua incrementa la hinchazón en el cerebro.

**Los ataques de asma bronquial crónicos** indican que el conflicto de miedo territorial relacionado no se ha resuelto por completo. En la medicina convencional, los ataques de asma recurrentes suelen estar asociados con una “alergia”.

Por tanto, el ataque de asma bronquial involucra tanto a los músculos bronquiales estriados como a los lisos. La Crisis Epileptoide de los músculos bronquiales estriados se presenta como espasmos y convulsiones bronquiales. La Epi-Crisis de los músculos lisos se presenta como una hiperperistalsis similar a un cólico intestinal. Por lo tanto, tanto los músculos bronquiales lisos como los estriados participan en la crisis de asma. Lo mismo se aplica al ataque de asma laríngea; en este caso, están involucrados los músculos laríngeos lisos y estriados.



**DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA PLEURA:** La pleura es una membrana de dos capas que recubre los pulmones (pleura visceral) y las paredes de la cavidad torácica (pleura parietal), incluidas las costillas y el diafragma. El delgado espacio entre las dos capas pleurales, conocido como cavidad pleural, está lleno de líquido seroso que protege los tejidos subyacentes y permite que los pulmones se muevan fácilmente durante la respiración. En términos evolutivos, la pleura se desarrolló junto con el peritoneo, el pericardio y la dermis. La pleura se origina del mesodermo antiguo y, por tanto, se controla desde el cerebelo.



**NIVEL CEREBRAL:** En el **cerebelo**, la pleura derecha se controla desde el lado izquierdo del cerebro; la pleura izquierda se controla desde el hemisferio cerebral derecho. Por tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

**NOTA:** La pleura y el peritoneo comparten los mismos relés cerebrales porque originalmente la membrana pleural y peritoneal eran un solo complejo, que luego fue dividido por el diafragma que separa el tórax y la cavidad abdominal.

**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico ligado a la pleura es un conflicto de ataque, específicamente, un **ataque contra el pecho** (ved también conflictos de ataque relacionados con el peritoneo, pericardio y dermis).

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

Un ataque contra el pecho o el torso se experimenta, por ejemplo, mediante un palmetazo, una puñalada o un golpe contra el pecho o las costillas, por ejemplo, durante una pelea, un accidente o en un deporte. Las palabras “duras” (acusaciones, críticas) dirigidas a alguien o “señalar con el dedo” también pueden registrarse como un ataque (ved también pericardio). Sin embargo, [cirugía en el área del tórax](#) (extirpación de un tumor, mastectomía) biopsias ([biopsia de cáncer de mama](#)), [toracoscopias](#), punciones pulmonares exploratorias con la inserción de una aguja en un pulmón, tubos colocados en el tórax para drenar líquidos o la implantación de los catéteres o viales en una vena del tórax para el tratamiento intravenoso a largo plazo, incluidos los tratamientos de quimioterapia, también desencadenan conflictos de ataque. Un diagnóstico de cáncer de pulmón o comentarios de un médico como “sus pulmones no funcionan correctamente” pueden percibirse como un “ataque” con respecto a la integridad del órgano. Los conflictos de ataque también se originan en el interior del pecho, por ejemplo, con dolor en el pecho causado por tos (neumonía, asma bronquial) o dolor punzante y penetrante por la inhalación de humos, gases o líquidos volátiles.

**FASE DE CONFLICTO ACTIVO:** Comenzando con el DHS, durante la fase de conflicto activo las células pleurales proliferan proporcionalmente a la intensidad del conflicto. El **propósito biológico del incremento celular** es crear un refuerzo interno para proteger el pecho contra futuros ataques. Con una actividad conflictiva prolongada, se forma un crecimiento en forma de bulbo en el sitio; el aumento celular en un plano (eje) plano (liso) generalmente ocurre cuando el conflicto de ataque era más de naturaleza general. En la medicina convencional, el engrosamiento de la pleura se diagnostica como **mesotelioma pleural** (ved también mesotelioma peritoneal, mesotelioma omental, mesotelioma pericárdico y mesotelioma testicular). Si la tasa de división celular excede un cierto límite, entonces el cáncer se considera “maligno”.

**NOTA:** El hecho de que la mitad derecha o izquierda de la pleura se vea afectada depende de la lateralidad biológica de una persona y de si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. Un conflicto localizado afecta el área de la pleura asociada con el ataque.



Sin duda, la **exposición prolongada al amianto** puede causar un mesotelioma pleural. Sin embargo, no es un “carcinógeno” el que causa el cáncer, como afirma la medicina convencional, sino el *miedo* asociado con la inhalación de amianto desencadenado, por ejemplo, por una señal de **PELIGRO** en el lugar de trabajo (“Amianto. Riesgo de Cáncer y Enfermedad Pulmonar”) o por fotos de las fibras (“asesinas”) de amianto afiladas (ved imagen) que se muestran en los medios de comunicación. La respuesta biológica innata es proteger los pulmones contra el “ataque” figurativo o literal. Esto explica por qué el amianto afecta predominantemente a la pleura y en mucho menor grado a otros órganos del tracto respiratorio (si el amianto está asociado a un conflicto de miedo de la muerte, afecta los alvéolos pulmonares; con un miedo territorial relacionado con el lugar de trabajo, afecta a los bronquios. En ambos casos la angustia genera el desarrollo de un cáncer de pulmón).

Dado que no hay síntomas durante la fase de conflicto activo, un mesotelioma pleural usualmente solo se detecta mediante exámenes médicos de rutina, especialmente entre los trabajadores del amianto que deben someterse a controles pulmonares periódicos.

**FASE DE CURACIÓN:** Después de la resolución del conflicto (**CL**), los hongos, las micobacterias u otras bacterias eliminan las células que ya no son necesarias. **Los síntomas de curación son dolor de pecho, tos dolorosa, dificultades para respirar, fiebre y sudores nocturnos.** Si los microbios necesarios no están disponibles después 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. Ahora, el mesotelioma se considera “benigno”.



**La pleuresía o pleuritis** indica que la curación va acompañada de una inflamación – con fiebre, si la fase de curación es intensa. Durante el proceso de curación (en [PCL-A](#)), el fluido de la pleura es absorbido naturalmente por la membrana pleural (**pleuresía seca**). La retención de agua, sin embargo, debido a un conflicto activo de abandono o existencia, incrementa la acumulación de fluido (**pleuresía húmeda**) provocando **dificultades respiratorias agudas**; si las bacterias asisten la curación, el fluido contiene pus (**pleuresía purulenta**). La pleuresía húmeda a menudo se desarrolla durante la hospitalización, después de una cirugía en el área del pecho o la mama, o después de un diagnóstico de cáncer de pulmón o mesotelioma pleural.

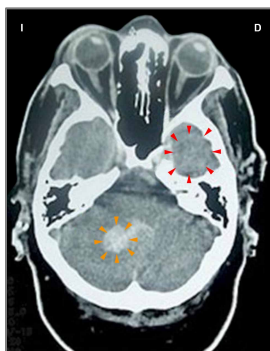
Con el SÍNDROME, el agua retenida genera un **derrame pleural exudativo** (exceso de fluido *alrededor* de los pulmones en contraposición al agua **en** los pulmones con neumonía o edema pulmonar). Dado que la pleura derecha e izquierda están separadas entre sí, el derrame ocurre solo en el lado afectado (comparad con el derrame peritoneal y el derrame pericárdico). Un derrame pleural podría causar complicaciones graves, particularmente cuando la cavidad pleural llena de fluido comprime ambos pulmones. En este caso, es inevitable una punción pleural para drenar los pulmones.

**NOTA:** El fluido también entra en la pleura cuando las costillas adyacentes o el esternón están en curación; en este caso debido a un conflicto de desvalorización de sí mismo provocado, por ejemplo, por un diagnóstico de cáncer de pulmón, un diagnóstico de cáncer de mama o una mastectomía. El gran edema, generalmente causado por la retención de agua debido al SÍNDROME, “suda” a través del periostio hacia la pleura creando lo que se llama un **derrame pleural transudativo** (¡que no contiene proteínas!).

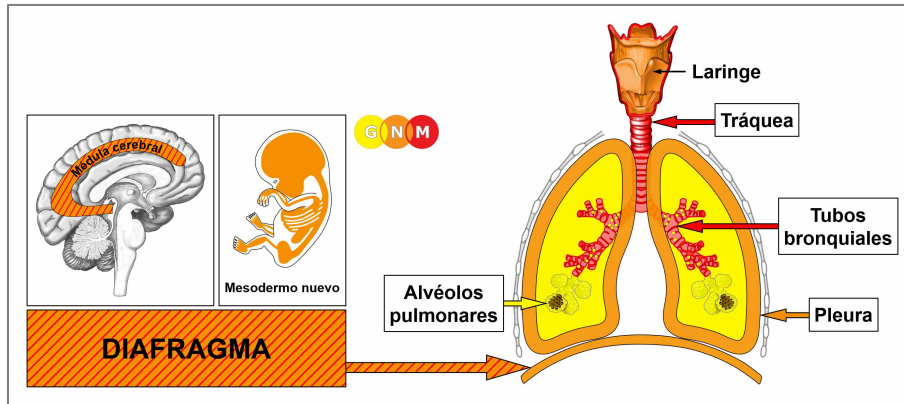
El fluido pleural es rico en proteínas. Por lo tanto, el drenaje constante del exceso de fluido conduce a una deficiencia de proteínas y una rápida pérdida de peso. Además, las punciones pleurales desencadenan a menudo nuevos conflictos de ataque y recaídas en el conflicto con cada procedimiento (“raíl” del hospital), arrojando a la persona a un círculo vicioso. La perforación de la pleura también conlleva el riesgo de colapso pulmonar o neumotórax (ved también neumotórax y enfisema pulmonar).



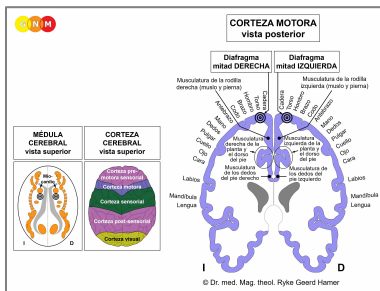
Este escáner cerebral muestra acumulación de fluido (en [PCL-A](#)) en ambos relés de la pleura (flechas naranjas – [ved el diagrama de la GNM](#)) correspondiente a un derrame pleural causado por un conflicto de “ataque contra el pecho”. Además, vemos un Foco de Hamer (también en [PCL-A](#)) en el relé cerebral para el oído interno izquierdo (flechas rojas) relacionado con un conflicto auditivo, que se presenta como dificultades auditivas (comparad con la TC a continuación). Las flechas amarillas apuntan al centro de control de los túbulo colectores renales derechos y un conflicto de existencia activo que resulta en retención de agua (el SÍNDROME). ¡El agua retenida agrava el derrame pleural!



Esta TC muestra la presencia de neuroglia (en [PCL-B](#)) en el relé cerebral de la pleura derecha (flecha naranja – [ved el diagrama de la GNM](#)), lo que indica que un mesotelioma pleural se está curando en ese momento. En la medicina convencional, se asume erróneamente que la acumulación de glía es un “tumor cerebral”. También hay un Foco de Hamer activo en el centro de control del oído interno (flechas rojas), lo que confirma un tinnitus en el oído izquierdo (comparad con la TC anterior). El conflicto auditivo (“¡No quiero escuchar esto!”), probablemente fue provocado por el diagnóstico de cáncer.



**DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL DIAFRAGMA:** El diafragma separa el tórax del abdomen. Es el músculo más grande y eficiente que se usa para respirar. Durante la inhalación, el diafragma se mueve hacia abajo, los pulmones se expanden y se aspira aire; durante la exhalación, el diafragma se relaja y el aire sale de los pulmones (comparad con los músculos bronquiales). Además de respirar, la contracción del diafragma ayuda al músculo cardíaco (miocardio) a succionar sangre venosa de la circulación sistémica. Para ello, la mitad izquierda del diafragma es de mayor importancia ya que la mitad derecha tiene menos capacidad de movimiento debido a que el hígado se coloca directamente debajo. El diafragma está formado por músculos estriados, se origina del mesodermo nuevo y se controla desde la médula cerebral y la corteza motora. Por sus funciones involuntarias de soporte relacionadas con la respiración y la circulación, el diafragma también recibe impulsos del tronco cerebral.



**NIVEL CEREBRAL:** El diafragma tiene dos centros de control en el cerebro. La función trófica del músculo, responsable de la nutrición del tejido, se controla desde la **médula cerebral**; la contracción de los músculos se controla desde la **corteza motora**. La mitad derecha del diafragma se controla desde el lado izquierdo del cerebro; la mitad izquierda se controla desde el hemisferio cerebral derecho. Por tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

**NOTA:** El diafragma está estrechamente ligado funcionalmente al miocardio. Por lo tanto, los centros de control se encuentran justo debajo de los relés cerebrales del miocardio.

**CONFLICTO BIOLÓGICO:** El conflicto biológico relacionado con el diafragma es **no poder respirar suficientemente o profundamente**, por ejemplo, cuando uno se queda sin aliento durante extenuantes ejercicios como trotar (esprintar) o cuando se corre demasiado rápido (tomar un autobús, escapar de un peligro). Una conmoción inesperada (“me dejó sin aliento”), un susto o un miedo (ved también conflicto de miedo-susto) pueden causar este tipo de conflicto respiratorio (ved también tráquea). Sentirse **físicamente abrumado** (demandas físicas excesivas o no poder manejar la angustia, por ejemplo, con una pareja, un hijo o un padre físicamente) también afecta el diafragma (comparad con el conflicto de abrumado emocional y mental relacionado con el miocardio). Junto con el miocardio, el conflicto se experimenta como quedarse sin aliento porque “¡Esto es demasiado!”.

**FASE DE CONFLICTO ACTIVO:** pérdida celular (necrosis) del tejido del músculo diafragma (controlada desde la médula cerebral) y, proporcional al grado de actividad conflictiva, incremento de **la parálisis del músculo diafragma** (controlada desde la corteza motora) causando **dificultades respiratorias** que van desde leves a severas. La parálisis prolongada da como resultado un hemidiafragma elevado.

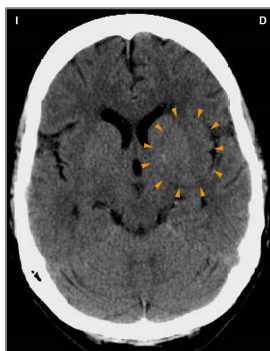
**NOTA:** Los músculos estriados pertenecen al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado con pérdida funcional (ved también los Programas Especiales Biológicos de las células de los islotes del páncreas (células alfa de los islotes y células beta de los islotes), oído interno (cóclea y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

Con una actividad conflictiva intensa y duradera, la pérdida de tejido en curso puede conducir a una ruptura del diafragma (**hernia diafragmática**) con órganos abdominales moviéndose hacia la cavidad torácica. En el caso de una **hernia hiatal**, el músculo del diafragma debilitado permite que una pequeña parte del estómago se abulte a través del diafragma y llegue al pecho (comparad con la hernia inguinal). La ruptura puede producirse al toser, levantar objetos pesados, tirar o empujar, o presionar demasiado fuerte, por ejemplo, durante una evacuación intestinal.

**FASE DE CURACIÓN:** En la fase de curación, se reconstruye el músculo diafragma. La parálisis parcial llega hasta **PCL-A**. La Crisis Epileptoide se presenta como **calambres o espasmos del diafragma** acompañados de dificultades respiratorias. La **apnea del sueño** con episodios de cese de la respiración se genera por las contracciones del diafragma durante la Epi-Crisis. La apnea crónica del sueño apunta a recaídas conflictivas (comparad con la apnea del sueño relacionada con el miocardio).

**Los pinchazos en el costado**, por ejemplo, al hacer ejercicio poco después de comer, correr demasiado rápido o hablar durante el trote, es una manifestación de una pequeña Crisis Epileptoide relacionada con el diafragma. **El hipo** (singultus) son contracciones o aleteos diafragmáticos, generalmente causados por comer o beber demasiado rápido sin una respiración adecuada. En este caso, el “conflicto” es únicamente de naturaleza biológica sin un componente emocional. Sin embargo, el hipo persistente que dura más de 48 horas es causado por un conflicto respiratorio.

**NOTA:** Todos los órganos que derivan del mesoderma nuevo (“grupo excedente”), incluido el diafragma, 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 muestra el impacto de un conflicto de físico abrumado en el área del cerebro que controla el diafragma izquierdo (ved el diagrama de la GNM). La estructura de nítido anillo del Foco de Hamer indica actividad conflictiva.

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

Fuente: [www.learninggnm.com](http://www.learninggnm.com)