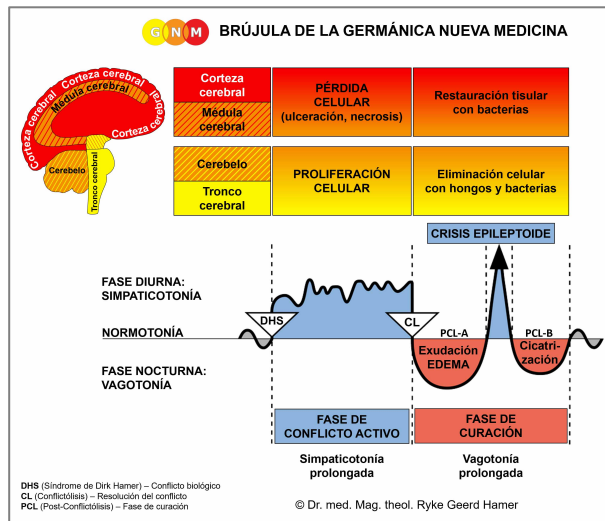




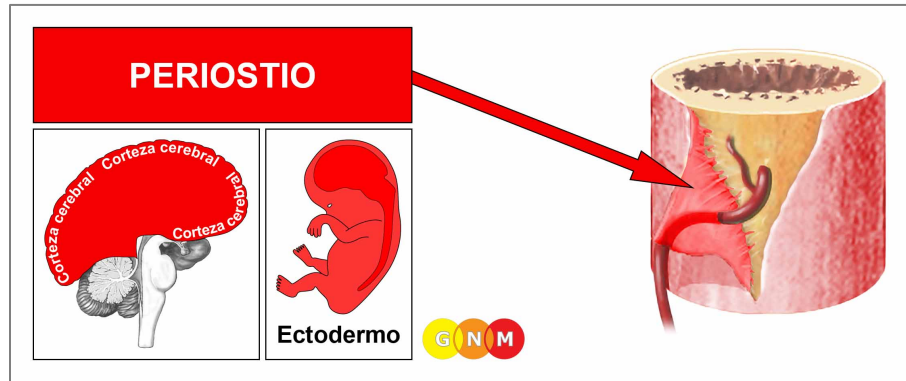
PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

PERIOSTIO

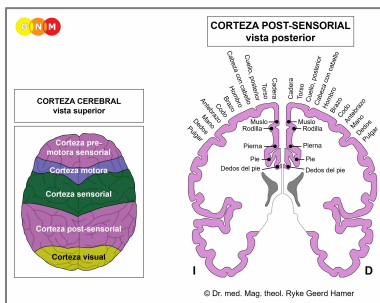
escrito por Caroline Markolin, Ph.D.



Rev. 1.02



DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL PERIOSTIO: El periostio cubre la superficie externa de todos los huesos, excepto las articulaciones, que están cubiertas con cartilago y los sitios que se adhieren a los músculos, ligamentos y tendones. Consta en su mayor parte de tejido conectivo (ved también periodonto de los dientes). Al principio, el periostio estaba revestido de epitelio escamoso. Después de que los músculos, ligamentos, tendones y dos capas de piel (dermis y epidermis) hubieran dado un nuevo soporte a los huesos, la capa epitelial degeneró (en el desarrollo fetal este proceso ocurre durante las dos primeras semanas de gestación). Lo que quedaba era una red sensible de nervios. La **red neuronal del periostio** tiene dos capas: una capa inferior, que registra el dolor causado por la hinchazón de un hueso en curación, y una capa superior que genera dolor reumático. Los nervios periósticos se originan del ectodermo y, por tanto, se controlan desde la corteza cerebral. La inervación de todo el periostio se origina en la médula espinal de la columna cervical.



NIVEL CEREBRAL: Los nervios periósticos se controlan desde la **corteza post-sensorial** (parte de la corteza cerebral). Los nervios periósticos del lado derecho del cuerpo se controlan desde el lado izquierdo de la corteza; los nervios periósticos del lado izquierdo del cuerpo se controlan desde el hemisferio cortical derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada del cerebro al órgano (ved el diagrama de la GNM que muestra el **homúnculo post-sensorial**).

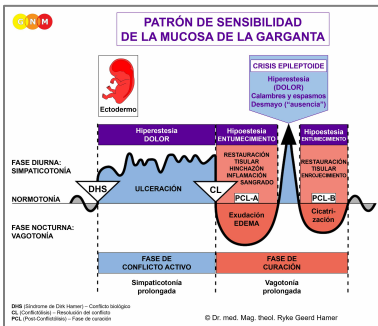
NOTA: Los nervios periósticos de la duramadre (ved meninges) se controlan desde la corteza pre-motora sensorial.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado al periostio es un **conflicto de separación severo**.

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**.

En comparación con el conflicto de separación relacionado con la piel, el conflicto vinculado a los nervios periósticos se experimenta como más dramático, incluso como brutal o cruel. Dependiendo de la situación exacta del conflicto, la separación puede estar asociada con los brazos (no poder sostener a una persona amada o una mascota), manos (un ser querido se largó), piernas y tobillos (querer alejar a alguien), o pies y dedos de los pies (un movimiento no deseado). Los nervios periósticos que recubren la cuenca del ojo se correlacionan con un conflicto de separación visual (haber perdido de vista a alguien). Como ocurre con la epidermis, el conflicto también corresponde a querer separarse de una persona o de un lugar.

NOTA: El conflicto de separación relacionado con los nervios periósticos solo se refiere a una separación de una persona o de un animal como una mascota, pero no de objetos (joyas, automóvil, casa) o una separación, digamos, de un hogar (ved conflicto de pérdida territorial).



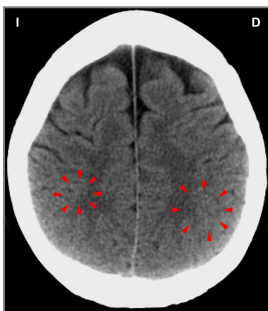
El Programa Especial Biológico del **periostio** sigue el **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LA MUCOSA DE LA GARGANTA** con hipersensibilidad durante la fase de conflicto activo y la Crisis Epileptoide e hiposensibilidad en la fase de curación.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: hipersensibilidad de la parte afectada del cuerpo. La actividad conflictiva con un conflicto de separación siempre va acompañada de una **pérdida de memoria a corto plazo**, que sirve para olvidar temporalmente la persona que se ha ido, bloqueando la memoria (ved también Programa Especial Biológico relacionado con la piel).

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

Los **síntomas** incluyen una sensación de **hormigueo y dolor agudo y punzante** (“chinchetas y agujas”). El dolor neurálgico se conoce comúnmente como **reumatismo** (comparad con el reumatismo articular agudo). También puede haber dolor al tocarlo. El dolor severo o prolongado puede desencadenar un conflicto de desvalorización de si mismo/a que involucra al hueso subyacente y causa dolor reumático en la fase de curación. En GNM, llamamos a la combinación de los dos Programas Biológicos el “**Síndrome Óseo**”. El dolor que llega al tejido muscular genera **reumatismo en los tejidos blandos** (comparad con la fibromialgia). Además, **la parte afectada del cuerpo se siente fría** (el dolor muscular “frío” indica una actividad conflictiva relacionada con el periostio, mientras que el dolor muscular “caliente” es una señal de que el músculo en sí se está curando). Es por eso que calentar el área es relajante y alivia el dolor.

NOTA: Si el lado derecho o izquierdo del cuerpo se ve afectado (o ambos) está determinado por la lateralidad biológica de una persona y si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. Un conflicto localizado involucra la parte que está asociada con el conflicto de separación.

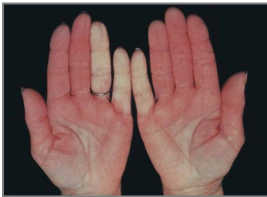


Esta TC muestra el impacto de un conflicto de separación severo en la corteza post-sensorial, precisamente, en las áreas que controlan la mano y los dedos derechos e izquierdos. El Foco de Hamer en el lado derecho es notablemente más grande que el de la izquierda (ved el diagrama de la GNM). Los nítidos bordes revelan actividad conflictiva, de ahí el dolor punzante y reumático en ambas manos (más en la mano izquierda que en la derecha).

El periostio y las arterias están inervados por los troncos simpáticos. Por lo tanto, durante la actividad conflictiva (simpaticotonia) de un conflicto de separación que involucra al periostio, los capilares se estrechan causando una circulación sanguínea restringida.



Durante la actividad conflictiva, el área afectada muestra protuberancias de color púrpura rojizo similares a las congelaciones que ocurren como reacción a la exposición a temperaturas frías. El término médico para la condición es **sabañones** o **pernio** (la palabra latina para congelación). Los sabañones en los dedos de los pies pueden ser causados por la angustia de tener que separarse o querer separarse de un lugar determinado (el suelo sobre el que se camina). La condición puede afectar la parte superior o inferior de los dedos de los pies.



Con un conflicto intenso, las áreas afectadas se vuelven blancas debido a la reducción del flujo sanguíneo. Esta condición se denomina **enfermedad de Raynaud** (comparad con la enfermedad de las arterias periféricas).



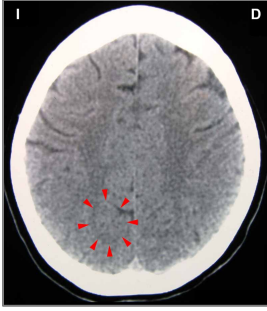
Si el conflicto persiste durante un largo período de tiempo, el tejido eventualmente muere resultando en **gangrena**.

NOTA: La amputación de la extremidad afectada no elimina necesariamente el dolor. Se producirá un **dolor fantasma reumático** siempre que la persona esté en conflicto activo (ved también dolor del miembro fantasma que afecta los huesos).



Las úlceras en los pies y las piernas se desarrollan cuando los Programas Especiales Biológicos del periostio y de la epidermis se ejecutan simultáneamente (ambos están vinculados a un conflicto de separación). Durante la fase de conflicto activo, el área ulcerada de la piel se abre creando un agujero. A menudo, esto ocurre en el área de la parte inferior de la pierna o el tobillo (querer alejar a alguien en defensa). La lateralidad biológica de una persona determina si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o la pareja.

Los nervios periósticos son parte del sistema nervioso periférico. En la medicina convencional, tanto el dolor de los nervios como el entumecimiento se denominan “**neuropatía periférica**”. Es una creencia muy extendida que el nivel alto de azúcar en sangre causa daño a las arterias e “indirectamente” a los nervios, lo que resulta en dolor o pérdida de sensibilidad, especialmente en las extremidades. Sin embargo, no todos los diabéticos desarrollan la enfermedad. Esta afirmación tampoco puede explicar por qué un nivel elevado de glucosa afectaría, por ejemplo, los pies (o solo un pie o dedo del pie) en una persona y los brazos en otra. En base al conocimiento de la GNM, lo que se llama “**neuropatía periférica diabética**” 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” que causa diabetes, el otro involucra el periostio relacionado, en el caso de las piernas, con “querer patear a alguien lejos” (usualmente la persona a la que se resiste) con el desarrollo de úlceras en las piernas o gangrena, dependiendo de la intensidad y duración del conflicto (ved también “retinopatía diabética”).



Esta TC presenta un Foco de Hamer en el área del cerebro que controla los nervios periósteos de la pierna derecha (ved el diagrama de la GNM). El nítido borde de la estructura del anillo indica que el conflicto de separación aún está activo, presentándose como dolor neurálgico en la pierna derecha.

La neuralgia del trigémino ocurre cuando el conflicto de separación se asoció con la cara, ya sea literalmente (pérdida del contacto con la “mejilla”) o figurativamente (una “bofetada en la cara”). El dolor agudo y eléctrico a lo largo del **nervio trigémino** que inerva la cara es breve pero fuerte y puede repetirse muchas veces a lo largo del día. La condición generalmente se limita a un lado (ved también neuralgia del trigémino relacionada con los huesos faciales y la piel del rostro).

NOTA: El nervio trigémino tiene ramas sensoriales y motoras. La rama motora del nervio se ve afectada por la parálisis facial.

FASE DE CURACIÓN: hiposensibilidad. Debido a la **pérdida de sensibilidad**, la parte afectada del cuerpo (manos, brazos, piernas, pies) se siente **entumecida** (comparad con la hiposensibilidad relacionada con la epidermis y una pérdida de sensibilidad, por ejemplo, en las extremidades inferiores, debido a una compresión de un nervio espinal).

La pérdida de memoria a corto plazo llega hasta **PCL-A**. Durante el período de la Crisis Epileptoide, el dolor reumático regresa; típicamente durante las horas de la noche. Durante la **PCL-B**, la sensibilidad se normaliza lentamente, siempre que no haya recaídas conflictivas que causen brotes de dolor.

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).

Fuente: www.learninggnm.com