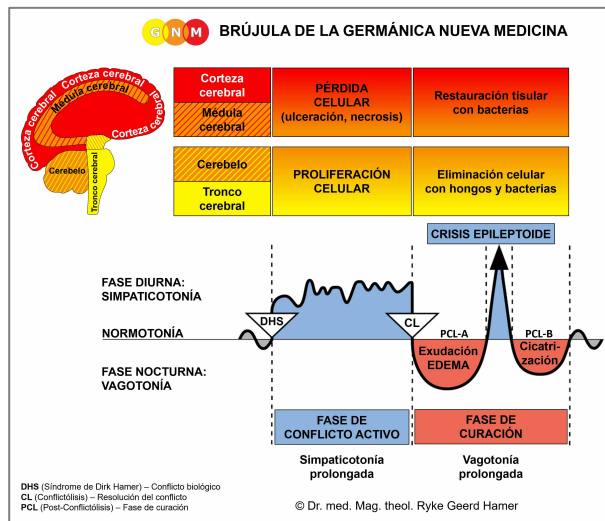


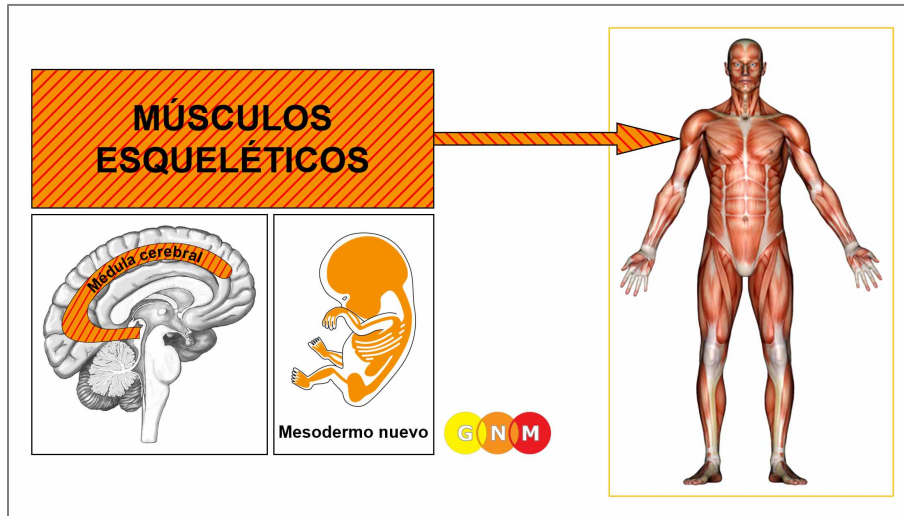
PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

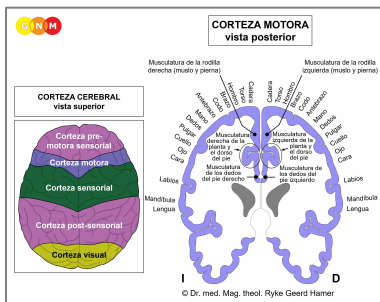
escrito por Caroline Markolin, Ph.D.



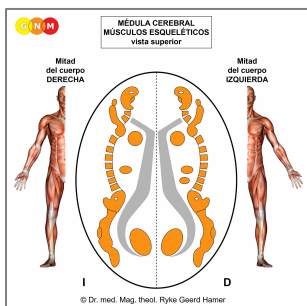
Rev. 1.04



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS: El sistema musculoesquelético da forma al cuerpo y permite que el cuerpo se mueva y mantenga su postura. Los músculos están conectados a los huesos y articulaciones a través de tendones y ligamentos y están dotados de tejido conectivo, tejido nervioso y vasos sanguíneos. Los músculos esqueléticos están compuestos por haces de fibras que se organizan en un patrón de rayas; por eso se les llama músculos estriados. Los músculos esqueléticos varían considerablemente en forma y tamaño. Van desde hebras extremadamente pequeñas, como el músculo estapedio del oído medio, hasta masas grandes como el músculo del muslo. Los músculos esqueléticos se originan del mesodermo nuevo y se controlan desde la médula cerebral y la corteza motora.



NIVEL CEREBRAL: Los músculos esqueléticos 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 la **corteza motora** (parte de la corteza cerebral). Los músculos del lado derecho del cuerpo se controlan desde el lado izquierdo del cerebro; los músculos del lado izquierdo se controlan desde el hemisferio cerebral derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano (ved el diagrama de la GNM que muestra el **homúnculo motor**).



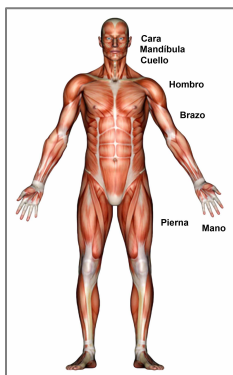
En la médula cerebral, los huesos, los músculos esqueléticos, los vasos linfáticos con los nódulos linfáticos, los vasos sanguíneos, el tejido conectivo, y el tejido graso comparten los mismos relés cerebrales y, por lo tanto, el mismo conflicto biológico, es decir, un conflicto de desvalorización de sí mismo. Los centros de control están posicionados ordenadamente desde la cabeza a los pies.

CONFLICTOS BIOLÓGICOS

El **conflicto biológico ligado a los músculos esqueléticos** es un **conflicto de desvalorización moderada de sí mismo**. Los conflictos específicos de desvalorización de sí mismo son los mismos que para los huesos y las articulaciones.

En línea con el razonamiento evolutivo, los **conflictos de desvalorización de sí mismo** son la temática principal de conflicto asociada con los **órganos controlados por la médula cerebral** que derivan del mesodermo nuevo.

El **conflicto relacionado con el movimiento de los músculos** es un conflicto motor de “**no poder moverse**” o “**sentirse encallado**”. El conflicto puede estar asociado con todo el cuerpo (conflicto motor generalizado) o con un solo músculo o grupo de músculos (conflicto motor localizado).



Músculos faciales: perder la cara (pérdida de un estatus, reputación, respeto, honor, prestigio, dignidad; deshonra, humillación, vergüenza), estar expuesto, sentirse ridiculizado, tonto o estúpido.

Músculos mandibulares: no poder morder (ved conflicto de morder).

Músculos del cuello: no poder o no tener permitido mover o girar la cabeza.

Músculos de los hombros y la espalda: no poder salir del camino o hacerse a un lado.

Músculos del brazo: ser sujetado con fuerza (abuso físico, abuso sexual, durante una **vacuna**, en una pelea o “juego”), no poder sostener o abrazar a alguien o retener a alguien (músculo flexor), no poder empujar a alguien lejos, pelear contra alguien, o defenderse (músculo extensor y músculos alrededor de los codos).

Músculos de la mano: no poder aferrarse a alguien o retener a alguien (un ser querido que se está yendo o muriendo); no poder agarrar algo; cualquier malestar asociado con las manos (relacionado con el trabajo, aficiones o el deporte).

Músculos de las piernas: no poder escapar, huir o correr lejos (literalmente o figurativamente, por ejemplo, de un lugar de trabajo o una relación), no poder saltar a un lado, no poder seguir, sentirse enraizado en el lugar (petrificado), sentirse atrapado (literalmente o figurativamente), no poder mantener el ritmo, no poder trepar (por ejemplo, no ser ascendido), no poder patear a alguien lejos (músculo extensor), un miedo a no poder caminar (**imagen de silla de ruedas**).

Los conflictos motores también se pueden experimentar **con o por parte de otra persona**, en particular, cuando “sentirse encallado” concierne a un ser querido. La creencia de que condiciones como la ELA o la EM son hereditarias hace que un miembro de la familia sea más susceptible a conflictos del mismo tipo (ved el artículo de GNM “Entendiendo las ‘enfermedades genéticas’”).

Un feto podría sufrir el conflicto de “no poder escapar” cuando la madre está en peligro o debido a ruidos amenazantes en el entorno inmediato (martillos neumáticos, motosierras, cortadoras de césped, podadoras de césped), equipo de cocina ruidoso, como licuadoras, cerca del útero, o gritos y chillidos (peleas entre padres, madre gritando a sus hijos). En este caso, el bebé nace con parálisis (parcial) de las piernas con discapacidad motora, si no se resuelve el conflicto. Los “ruidos fuertes” de los exámenes de ultrasonido pueden ser muy traumáticos para el feto (ver Síndrome de Down). Un conflicto de “sentirse encallado” podría activarse durante un parto difícil o la forma en que se maneja al bebé inmediatamente después del nacimiento. Las discapacidades motoras que se observan en la **parálisis cerebral** (según la medicina convencional, causadas por “daño cerebral” que ocurre en el cerebro en desarrollo) son el resultado de conflictos motores experimentados por el feto en el útero o durante el proceso de nacimiento (ved también ataques epilépticos y ataxia relacionados con un conflicto de caída).

Los animales también sufren conflictos motores, por ejemplo, durante una pelea con otro animal, cuando están “encallados” en una perrera, atados a una cadena, encerrados en un automóvil, atrapados en una jaula o retenidos por el veterinario durante un examen o vacunación (ved conflictos desencadenados por la práctica de la experimentación con animales).

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **pérdida celular (necrosis) de tejido muscular** (controlada desde la médula cerebral) y, al mismo tiempo, **debilidad muscular o parálisis muscular** (controlada desde la corteza motora). Con el impacto del conflicto en la corteza motora, se transmiten menos impulsos nerviosos al músculo correspondiente causando una pérdida de la función muscular (comparad con la parálisis sensorial relacionada con la epidermis y el periostio). El **propósito biológico de la parálisis** se origina en el reflejo de la falsa muerte (los animales de presa “se hacen el muerto” cuando se enfrentan a un depredador o peligro – [mirad este video](#)). La debilidad muscular puede manifestarse como torpeza o pesadez, cuando las piernas se ven afectadas.

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

La actividad conflictiva prolongada conduce a la **atrofia muscular** (desgaste muscular) sin parálisis si el conflicto se experimenta únicamente como un conflicto de desvalorización de sí mismo. Los músculos del suelo pélvico se debilitan debido a un embarazo difícil, humillación sexual, estreñimiento crónico o incontinencia urinaria, lo que hace que la persona se sienta “inútil” *allí*.



La atrofia muscular en la pierna izquierda, como se ve en esta imagen, se origina en un conflicto de desvalorización de sí mismo localizado (“No soy bueno con mi pierna izquierda”). [Para alguien que no esté familiarizado con la GNM](#), la condición en sí misma puede crear una condición crónica.

Con un conflicto motor la atrofia muscular y la parálisis muscular ocurren juntas, particularmente cuando la angustia de no poder mover un brazo o una pierna (o ambos) causa un conflicto de desvalorización de sí mismo.

La debilidad muscular y parálisis muscular fueron diagnosticadas anteriormente como **poliomielitis paralítica** o “**polio**”, supuestamente una “infección viral” que afecta principalmente a los niños (¡La evidencia científica de la existencia de un “virus de la polio” nunca se ha proporcionado!). Hoy en día, al menos en el mundo occidental, donde se supone que la poliomielitis se erradica mediante la vacunación, los mismos síntomas se denominan **ELA** (Esclerosis Lateral Amiotrófica, también conocida como **enfermedad de Lou Gehrig** o **enfermedad de la motoneurona**), **Esclerosis Múltiple** o **síndrome de Guillain-Barré** (ved también cambio de nombre de la viruela a eccema pustuloso después de la realización de programas de vacunación masiva). Los “trastornos del movimiento” como se presentan en la enfermedad de Parkinson y Huntington se consideran “enfermedades neurodegenerativas” heredadas (ved el artículo de la GNM “Entendiendo las ‘enfermedades genéticas’”).

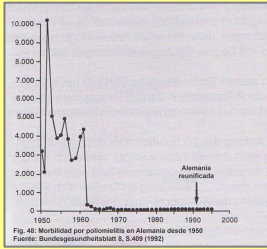


Esta TC cerebral muestra el impacto de un conflicto motor. El centro del Foco de Hamer está en el hemisferio cerebral derecho (para-central), precisamente, en el área de la corteza motora que controla la pierna izquierda ([ved el diagrama de la GNM](#)). El anillo parcialmente edematoso (oscuro) indica que la fase de curación se ve interrumpida por recaídas conflictivas (nítidos bordes); de ahí la continua debilidad de las piernas, predominantemente de la pierna izquierda.

NOTA: El hecho de que la atrofia muscular o la parálisis muscular ocurra en el lado derecho o izquierdo del cuerpo (o en ambos lados) está determinado por la lateralidad biológica de una persona y si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. Un conflicto localizado afecta el músculo o grupos de músculos que están asociados con la desvalorización de sí mismo o el conflicto motor.



La medicina convencional no puede explicar por qué el presunto “virus de la polio” afecta la pierna derecha en lugar de la izquierda o por qué la condición ocurre en un cierto momento de la vida de un niño.



Este diagrama muestra las tasas de incidencia de poliomielitis en Alemania entre 1950 y 1992. Fuente: Bundesgesundheitsblatt 8 (1992)

Las estadísticas demuestran que el programa de vacunación comenzó en 1962, mucho después del pico de la epidemia de poliomielitis (ved también programa de vacunación contra el tétanos y programa de vacunación contra el sarampión).

“La poliomielitis no se ha erradicado mediante la vacunación, se esconde detrás de una redefinición y nuevos nombres de diagnóstico como el síndrome de Guillain-Barré” (Viera Scheibner, *Hiding Polio* [Escondiendo la polio]).

“Los funcionarios de salud convencieron a los chinos de que cambiaran el nombre de la mayor parte de su polio a Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Un estudio encontró que el nuevo trastorno (síndrome paralítico chino) y el SGB era realmente polio. Después de la vacunación masiva en 1971, los informes de poliomielitis disminuyeron, pero el SGB se multiplicó por 10... En la erradicación de polio con la vacuna contra la poliomielitis de la OMS en las Américas, hubo 930 casos de enfermedad paralítica, todos llamados poliomielitis. Cinco años después, al final de la campaña, ocurrieron aproximadamente 2000 casos de enfermedad paralítica, pero solo 6 de ellos se denominaron poliomielitis. La tasa de enfermedad paralítica se duplicó, pero la definición de la enfermedad cambió tan drásticamente que ya casi ninguna de ellas se llamó polio” (Greg Beattie, *Vaccination* [Vacunación]).

Esclerosis Múltiple (EM)

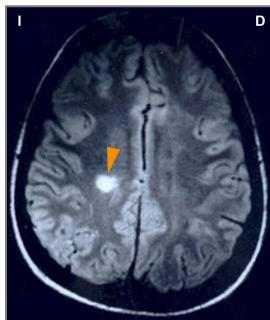
La debilidad muscular y una pérdida de sensibilidad en los pies, piernas o brazos (ved parálisis sensorial relacionada con la epidermis y el periostio) se considera como uno de los primeros síntomas de la esclerosis múltiple.



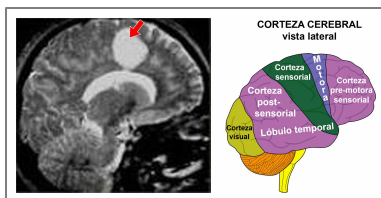
Dr. Hamer: “El gran peligro es que el paciente sufra **un conflicto motor debido al choque de diagnóstico**, ya que le han dicho que lo más probable es que esté en silla de ruedas por el resto de su vida”.

Sin el conocimiento de la GNM, un diagnóstico de EM causa gran pánico. Lo mismo ocurre cuando a una persona se le diagnostica con ELA. El miedo a no poder caminar y terminar en una silla de ruedas (“sentirse encallado”) es tan abrumador que el conflicto motor que había dado lugar a los primeros síntomas a menudo se vuelve irrelevante. Con la progresión de la parálisis, la atrofia muscular también avanza y conduce a la torpeza, dificultad para caminar y caídas frecuentes (ved también “conflicto de caída” y vértigo). Esto activa conflictos motores adicionales y de desvalorización de sí mismo con el resultado de que la movilidad se deteriora cada vez más y el pronóstico se convierte en una profecía que se cumple a sí misma. La creencia de que la EM, la ELA o la enfermedad de Parkinson son hereditarias hace que una persona cuyo padre tenga la condición sea más vulnerable a sufrir un conflicto motor (los conflictos también se pueden experimentar *con* alguien). Los síntomas subsecuentes conducen rápidamente al mismo diagnóstico (ved el artículo de GNM “Entendiendo las ‘enfermedades genéticas’”).

En la medicina convencional, se asume que la esclerosis múltiple es causada por una “degradación de la vaina de mielina” que se concluye a partir de imágenes cerebrales de resonancia magnética (la vaina de mielina es una capa aislante que envuelve los nervios, incluidos los nervios del cerebro y la médula espinal). Se cree que la “destrucción de la mielina” es una “respuesta autoinmune” en la que el sistema inmunológico destruye “por error” la vaina de mielina que cubre las motoneuronas del cerebro. Al igual que la teoría del sistema inmunológico, el concepto de “trastornos autoinmunitarios” que supuestamente dañan el tejido corporal sano es una construcción académica que no tiene base científica. Por tanto, la afirmación de que la EM es el resultado de una “destrucción” de la vaina de mielina es muy cuestionable.



En esta IRM, la sospecha de “desmielinización” (llamada “placa de EM”) se muestra en la médula cerebral, específicamente, en el área que controla los músculos (función trófica) alrededor de la cadera derecha (ved el diagrama de la GNM). Los neurólogos consideran “el área blanca anormal” como la razón de la parálisis. En realidad, ¡La “placa de EM” es una acumulación de neuroglia indicando que la persona está tratando de curar un conflicto de desvalorización de sí mismo que fue *causado* por la parálisis motora (controlada desde la corteza motora – ved el diagrama de la GNM)! **NOTA:** La vaina de mielina se controla desde el cerebelo y está vinculada a un conflicto de contacto.



Si se encuentra una acumulación de neuroglia en la corteza motora, entonces la “placa de EM” se diagnostica como un “tumor cerebral”, seguido generalmente por una escisión de la lesión (ved también “convulsiones de tumores cerebrales”).

Dr. Hamer: “La EM, como la hemos visto anteriormente, nunca existió. En GNM, por tanto, ya no hablamos de ‘esclerosis múltiple’, sino de parálisis motoras y sensoriales que se correlacionan con ubicaciones muy específicas en la corteza motora y sensorial”.

Los problemas de visión, que son bastante comunes en personas con EM, surgen cuando un edema cerebral (en PCL-A) o una gran acumulación de glía (en PCL-B) comprime el nervio óptico que va desde la retina del ojo a través de la médula cerebral a la corteza visual. Por tanto, la neuritis óptica, una inflamación del nervio óptico, se asocia a menudo con la esclerosis múltiple. Otros problemas de visión (ved retina) son provocados por los *miedos* evocados por la “enfermedad” más que por la “enfermedad que se propaga a otros órganos”, como se afirma.

Parálisis de Bell



La parálisis de Bell con parálisis o debilidad de los músculos de un lado de la cara ocurre en la fase de conflicto activo de un conflicto de “pérdida de la cara” (ved también ictus y parálisis facial). Los espasmos faciales o los **tics faciales** ocurren típicamente durante la Crisis Epileptoide.

Los músculos faciales son suministrados por el nervio facial (séptimo par craneal) que también inerva los dos tercios frontales de la lengua, el músculo superior del párpado, los conductos lagrimales y el músculo estapedio del oído. Por lo tanto, los síntomas de la parálisis de Bell incluyen debilidad de la lengua que afecta el habla y la deglución (hormigueo o entumecimiento de la lengua y pérdida del gusto que se originan en la rama sensorial del nervio facial), cierre incompleto del párpado, lagrimeo excesivo y una elevada sensibilidad al sonido (hiperacusia).

NOTA: La parálisis facial también puede ocurrir cuando un edema cerebral en las inmediaciones del centro de control de los músculos faciales es expulsado durante la Crisis Epileptoide, por ejemplo, una gran hinchazón en el relé cerebral del oído interno. Si la parálisis facial es causada por un conflicto biológico o es el resultado de un edema cerebral ubicado cerca del relé cerebral de los músculos faciales, se puede determinar fácilmente mediante una TC cerebral.

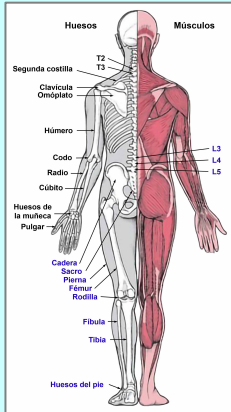
FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación, el músculo atrofiado se reconstruye mediante la proliferación celular con hinchazón debido al edema (acumulación de fluido). La retención simultánea de agua (el SÍNDROME) incrementa considerablemente la hinchazón. En la medicina convencional, una gran hinchazón a menudo se diagnostica como un **sarcoma muscular** (miosarcoma) o “sarcoma de tejido blando” (ved también sarcoma de tejido conectivo).

La **hipertrofia muscular**, un agrandamiento del músculo, es el resultado de un continuo proceso de curación (curación pendiente).

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

La hinchazón hace que el **músculo se ponga rígido y tenso** con un **dolor** que va de leve a severo, dependiendo de la intensidad de la fase de conflicto activo (un dolor muscular “frío” indica una afectación del periostio; un dolor muscular “caliente” indica que el músculo en sí se está curando). Un **cuello dolorido o rígido**, por ejemplo, revela un conflicto de desvalorización intelectual de sí mismo con dificultades para girar la cabeza hacia un lado (ved también columna cervical). El lado afectado está determinado por la lateralidad biológica de una persona y si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. **La fibromialgia** es el término médico para el dolor muscular generalizado; con una inflamación, la condición se llama **polimialgia** o “polimialgia reumática”. En términos de GNM, la fibromialgia y la polimialgia indican una curación prolongada de un conflicto de desvalorización generalizada de sí mismo que afecta a toda la persona. En la medicina convencional, el dolor muscular general también se considera un síntoma del “síndrome de fatiga crónica” (encefalomielitis miálgica). Se cree que el cansancio persistente es causado por una infección con el “virus de Epstein Barr” que también se ha hecho responsable de la mononucleosis que se presenta como nódulos linfáticos hinchados en el cuello. Según la Segunda Ley Biológica, la “fatiga crónica” es un síntoma que se presenta en *cualquier* fase de curación prolongada (vagotonía).

NOTA: La hinchazón de un hueso o una articulación en curación puede causar dolor en el tejido muscular suprayacente.



SEGMENTO DEL BRAZO: El segmento musculoesquelético del brazo, que incluye el pulgar, los huesos de la muñeca, el radio y el cúbito, el codo, el húmero, la clavícula, el omóplato, la parte superior del esternón, así como la segunda costilla y la segunda y tercera vértebras torácicas (T2 y T3) son una unidad funcional.

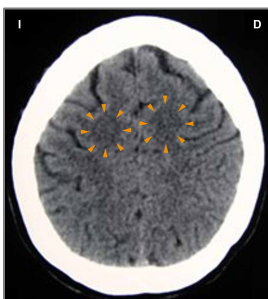
SEGMENTO DE LA PIERNA: El segmento musculoesquelético de la pierna, incluidos los huesos del pie (tobillo, hueso del talón, huesos del dedo del pie), fíbula (peroné) y tibia, rodilla, fémur y cuello femoral, cadera y sacro, así como la tercera, cuarta y quinta vértebras lumbares (L3, L4, L5) son una unidad funcional.

En caso de un conflicto de desvalorización de sí mismo, la necrosis muscular u osteólisis puede tener lugar en todo el segmento. El Foco de Hamer correspondiente en la **médula cerebral** abarca todo el segmento o muestra focos únicos. En consecuencia, la curación (recalcificación del hueso con hinchazón o dolor muscular) se produce en todo el segmento de una vez o sucesivamente.

Los segmentos de brazos y piernas son suministrados por la médula espinal (ved Desarrollo Embrionario).

El edema cerebral que se desarrolla en la corteza motora durante la primera parte de la fase de curación estira las sinapsis entre las neuronas, lo que retrasa aún más la transferencia de impulsos nerviosos a los músculos afectados (ved fase de conflicto activo). Como resultado, **¡En PCL-A la parálisis permanece y la debilidad muscular se incrementa!** Para los desinformados, la pérdida adicional de la función muscular conduce a conflictos motores adicionales y un empeoramiento de la condición. Si la fase de conflicto activo fue moderada, la debilidad muscular solo podría notarse en la fase de curación.

NOTA: Una pérdida de la función motora también puede tener causas mecánicas (paraplejía), causas tóxicas (envenenamiento) o causas quirúrgicas (escisión de un “tumor cerebral”)



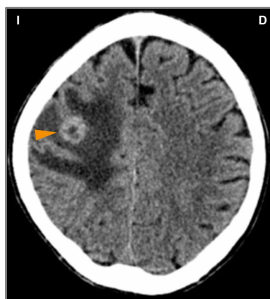
En este escáner cerebral vemos un edema (acumulación de fluido) a cada lado de la corteza motora en las áreas que controlan la mano derecha e izquierda (ved el diagrama de la GNM), revelando que un conflicto de no poder sostener a alguien o no poder defenderse (con ambas manos) se ha resuelto por fin. En este punto, los músculos de la mano aún están débiles. Sin embargo, esto cambia después de la Crisis Epileptoide.

Durante la **Crisis Epileptoide**, un pico simpaticotónico (visible en un EEG como una descarga eléctrica) expulsa el edema en la corteza motora. La reconexión repentina de las células nerviosas afectadas causa **convulsiones rítmicas, espasmos musculares, calambres musculares o contracciones musculares**. Los movimientos musculares exagerados son una señal positiva de que la función muscular se esfuerza por volver a la normalidad.

Ataques Epilépticos

Una Crisis Epileptoide intensa se manifiesta como un **ataque epiléptico** con convulsiones tónico-clónicas y contracciones musculares rápidas. Una **convulsión focal** o localizada con espasmos o sacudidas de un solo músculo o grupo de músculos se limita a los músculos relacionados con el conflicto, por ejemplo, en la(s) pierna(s) o brazo(s). En una **convulsión de grand mal**, las convulsiones involucran los músculos de todo el cuerpo, generalmente con mordedura de lengua, formación de espuma en la boca y micción involuntaria (ved esfínter vesical). Contrariamente a las creencias comunes, las convulsiones no destruyen las células cerebrales. Sin embargo, las convulsiones recurrentes provocan la cicatrización del área correspondiente en el cerebro.

Los ataques epilépticos que ocurren con la “**rabia paralítica**” son causados por un conflicto motor de “sentirse encallado” evocado por la mordedura de un animal. Los animales suelen sufrir también un conflicto de morder (“no poder morder” al oponente) mostrando una mandíbula caída debido a la parálisis de los músculos mandibulares.



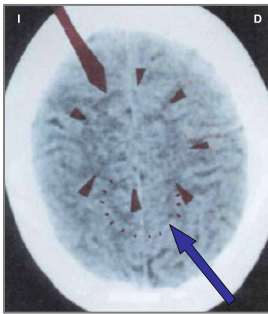
Esta es la TC del cerebro de un hombre con antecedentes de convulsiones epilépticas generalizadas. Las convulsiones surgen del lado izquierdo de la corteza motora, precisamente, del área que controla la mano derecha (la mano asociada con el conflicto motor; [ved el diagrama de la GNM](#)). La acumulación de glía (viéndose blanca en el escáner) indica que la persona ya está en **PCL-B**. El edema localizado en la médula cerebral (que se muestra oscuro – [ved el diagrama de la GNM](#)) se relaciona con un conflicto desvalorización de sí mismo.

NOTA: En la medicina convencional, la proliferación de neuroglia se interpreta como un “tumor cerebral”. Si la persona es epiléptica, entonces la “lesión” se diagnostica como “convulsiones de tumor cerebral”, lo que sugiere que las convulsiones son inducidas por el “tumor cerebral”. La extirpación quirúrgica de un “foco epiléptico” conlleva el riesgo de una parálisis irreversible.

NOTA: Una convulsión epiléptica puede generalizarse desde cualquier parte de la corteza motora. Esto incluye los relés cerebrales de los músculos bronquiales, los músculos laríngeos o el miocardio (ved “epilepsia cardíaca”). Por lo tanto, un ataque epiléptico no está necesariamente precedido por debilidad o parálisis de un músculo esquelético.

Las convulsiones recurrentes se desencadenan por recaídas conflictivas al establecerse en un rail que se estableció cuando se produjo el conflicto motor por primera vez. Las “señales de advertencia” que preceden a una convulsión, llamadas aura epiléptica, pueden convertirse en raíles adicionales, lo que provoca más convulsiones. En ese punto, es posible que el conflicto motor original ya sea irrelevante.

Una pérdida del conocimiento durante un ataque epiléptico, llamada **crisis de ausencia**, revela que la Epi-Crisis del conflicto motor coincide con la fase de curación de un conflicto relacionado con la [corteza sensorial, post-sensorial o pre-motora sensorial](#), por ejemplo, con un conflicto de separación, que genera una “ausencia” (desmayo) durante la Crisis Epileptoide. En una **convulsión de petit mal**, la pérdida de conciencia sólo dura unos segundos.



Esta TC cerebral pertenece a un niño de 8 años que sufrió simultáneamente un conflicto motor y un conflicto de separación severo involucrando el periostio. Los conflictos ocurrieron cuando los padres estaban fuera por la noche y el niño estaba viendo con su primo mayor una película de terror, donde los niños eran secuestrados de su casa mientras dormían.

En el escáner, vemos dos conflictos centrales superpuestos en ambos hemisferios cerebrales, lo que indica que los conflictos están igualmente relacionados con su madre y su padre. El Foco de Hamer inferior (flecha azul) ubicado en la corteza post-sensorial está vinculado al conflicto de separación (el miedo a ser separado de sus padres, como los niños de la película). El Foco de Hamer superior (flecha roja) ubicado en la corteza motora está ligado al conflicto motor (no poder escapar). El anillo parcialmente edematoso (áreas oscuras) apunta a recaídas conflictivas que causan convulsiones epilépticas recurrentes con desmayo durante la Crisis Epileptoide.

Los ataques febriles o convulsiones febriles con actividad motora tónico-clónica (espasmos de brazos y piernas), pérdida del conocimiento (“ausencia”) y fiebre (superior a 38 °C/100,4 °F) ocurren por dos razones: A) la Epi-Crisis motora coincide con una fase de curación que se acompaña de fiebre, por ejemplo, con una infección del oído medio, bronquitis, mononucleosis o dolor de garganta (“faringitis estreptocócica”). Lo más probable es que los conflictos relacionados estén relacionados con la misma situación conflictiva. B) un edema cerebral situado cerca de la corteza motora, por ejemplo, en el relé de los bronquios o la laringe, desencadena la convulsión durante la Crisis Epileptoide debido a la presión sobre la corteza motora. En este caso, la fiebre alta es causada por el intenso proceso de curación en el órgano correlativo. El encuentro con un raíl conflictivo provoca instantáneamente un episodio de convulsiones febriles con convulsiones musculares y un rápido aumento de la temperatura corporal.

La diferenciación entre “convulsiones febriles simples” (que duran menos de 15 minutos) y “convulsiones febriles atípicas” (que superan los 15 minutos) apunta a la intensidad del conflicto o conflictos correspondientes. Al igual que las convulsiones de ausencia (breves lapsos de conciencia), las convulsiones febriles son más frecuentes en los niños pequeños. Las convulsiones febriles en los recién nacidos indican que el conflicto, por ejemplo, un conflicto de separación, un conflicto de miedo territorial o un conflicto de miedo-susto ocurrió en el útero o durante el parto.

Parkinson

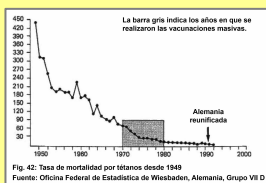
El Parkinson con temblores en una mano o en ambas se origina en un conflicto motor asociado con la(s) mano(s). Los temblores también pueden ocurrir en el cuello o en un solo brazo o pierna, dependiendo de la naturaleza del conflicto motor. La rigidez muscular típica y la lentitud de los movimientos (bradicinesia) son síntomas de una fase de curación prolongada mientras los **temblores ocurren durante la Crisis Epileptoide**. Los temblores permanentes, por ejemplo, en las manos, son un signo de una continua crisis de curación debido a los constantes conflictos motores de no poder usar las manos correctamente. En otras palabras, el temblor en sí es un raíl que conduce a una condición crónica. La medicina convencional considera el Parkinson un “progresivo trastorno neurodegenerativo del cerebro” (la falta de dopamina es responsable de la aparición de la enfermedad). Como con la EM y la ELA, la razón real por la que avanza la condición es el pronóstico negativo y el miedo a quedar completamente discapacitado, lo que lleva a conflictos motores adicionales y un empeoramiento de los síntomas. Los problemas del habla y los cambios de voz son provocados por conflictos de miedo-susto.

Distonía Focal

La distonía focal es una **contracción muscular sostenida** (Crisis Epileptoide prolongada) con movimientos repetitivos de un músculo específico. En la **distonía focal de la mano**, el dedo o los dedos – usualmente de una mano (¡Lateralidad biológica!) – se curvan hacia la palma o se extienden hacia afuera. La condición ocurre más comúnmente entre cirujanos, dentistas y músicos, ya que gente cuya profesión o pasatiempos requieren habilidades motoras finas es más probable que experimenten un conflicto motor asociado con los dedos y las manos (comparad con la contractura de Dupuytren, una deformidad de la mano relacionada con el tejido conectivo). En deportes como el tenis, el béisbol o el golf, los espasmos de la muñeca se denominan comúnmente **yips**. En la **distonía cervical**, también conocida como **tortícolis muscular** o “cuello torcido”, los músculos alrededor del cuello se contraen de forma intermitente, lo que obliga a la cabeza a inclinarse hacia un lado con el mentón hacia arriba. La causa subyacente es un conflicto motor relacionado con el cuello. La distonía generalizada que afecta a la mayor parte o todo el cuerpo se presenta como torsión de las extremidades, específicamente del pie y la pierna o de la mano y el brazo, o del torso (llamada **enfermedad de Oppenheim**). Se cree erróneamente que es un “trastorno genético”. En personas con Parkinson, la distonía a menudo surge del efecto del uso del medicamento Levodopa (L-dopa).

Tétanos

El tétanos se caracteriza por **la rigidez muscular y los espasmos corporales**. Se cree que el tétanos es causado por toxinas nerviosas, producidas por la bacteria *Clostridium tetani* que presumiblemente ingresa al sistema nervioso central a través de una herida. Según la literatura médica, un “tétanos local”, en el que los pacientes tienen contracción muscular en el área de la lesión, puede ir seguido de un “tétanos generalizado”. En términos de GNM, el calambre muscular similar a una convulsión tiene lugar durante la Crisis Epileptoide de un conflicto motor que ocurrió durante la caída que provocó la lesión. En todo caso, las bacterias *asisten* la curación. Las vacunas contra el tétanos puede que prevengan el “tétanos”, ¡Pero no los síntomas!



Este diagrama muestra las tasas de mortalidad por tétanos en Alemania entre 1949 y 1995. La barra gris indica los años en que se realizaron las vacunaciones masivas (1970-1980). Fuente: Oficina Federal d'Estadística de Wiesbaden, Alemania

Las estadísticas demuestran que el programa de vacunación comenzó en 1970, mucho después del pico de la epidemia de tétanos (ved también programa de vacunación contra la poliomielitis y programa de vacunación contra el sarampión).

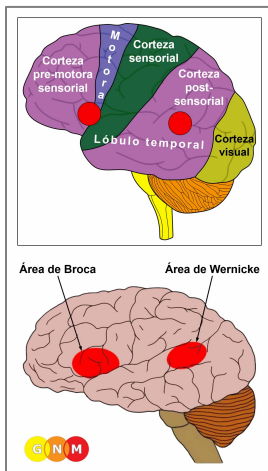
ICTUS con parálisis motora

Según la medicina convencional, las principales causas de un ictus son:

- alta presión sanguínea. Esta teoría es puramente hipotética porque hay personas que sufren un ictus aunque la presión sanguínea sea normal, y al revés, hay personas que tienen la presión sanguínea elevada y nunca han tenido un ictus (ved hipertensión relacionada con el parénquima renal y el miocardio).
- una arteria cerebral bloqueada (ictus isquémico). Esta teoría se basa en la suposición de que un trombo, un émbolo o placas de colesterol que se originan en el corazón o en una vena obstruyen un vaso sanguíneo en el cerebro conduciendo a una pérdida de la función cerebral. Aunque se ha establecido firmemente que, en el caso de una oclusión de una arteria cerebral, los vasos auxiliares o colaterales actúan como un bypass natural para mantener el suministro de sangre y oxígeno al cerebro, la teoría del bloqueo aún persiste.
- sangrado en el cerebro (ictus hemorrágico).

En GNM, diferenciamos entre un **ictus simpaticotónico** (“ictus blanco”) y un **ictus vagotónico** (“ictus rojo”).

El **ictus blanco** se produce en el momento del DHS. El impacto del conflicto motor en la corteza motora genera debilidad muscular repentina en una o más extremidades, típicamente en un lado del cuerpo. El lado afectado está determinado por la lateralidad biológica de una persona y si el conflicto está relacionado con la madre/hijo o con la pareja. En este punto, la debilidad de los músculos se puede diagnosticar como EM o ELA. Sin embargo, un conflicto intenso conduce rápidamente a la parálisis muscular, posiblemente con parálisis de los músculos faciales, incluida la lengua, que afecta el habla y la deglución (ved parálisis de Bell). Ahora, la condición se llama “ictus”. Las dificultades para formular palabras, denominadas **afasia de Broca**, involucran el centro motor del habla, conocido como **área de Broca**, ubicado en el lado izquierdo de la corteza cerebral en el relé cerebral que controla los músculos laríngeos y los de las cuerdas vocales. Por lo tanto, en las personas con afasia de Broca, la parálisis siempre se encuentra en el lado derecho del cuerpo. El entumecimiento (parálisis sensorial) en la cara, el brazo y/o la pierna apunta a un conflicto de separación adicional.



NOTA: La Afasia de Wernicke es una condición que afecta la capacidad de una persona para hablar coherentemente (decir las palabras incorrectas, usar palabras inventadas que no tienen significado, formular oraciones que no tienen sentido). En casos graves, la persona tiene problemas para comprender lo que dicen los demás y para leer y escribir correctamente (alguien con afasia de Broca también tiene problemas para formular palabras, pero lo que se dice es inteligible).

El área de Wernicke, responsable del procesamiento de las palabras, se encuentra en la corteza post-sensorial en las proximidades del lóbulo temporal izquierdo. El conflicto correspondiente es un conflicto de separación (el **área de Broca** se encuentra en la corteza motora izquierda en el relé cerebral de los músculos laríngeos/de las cuerdas vocales y está ligada a un conflicto de miedo-susto o conflicto de miedo territorial; las dificultades para formular palabras resultan de “quedarse sin palabras con miedo”). El esfuerzo por encontrar la palabra correcta que se presenta con la afasia de Wernicke es una manifestación de la pérdida de memoria a corto plazo que es típica de los conflictos de separación. En este caso, la conmoción por la separación (DHS) se experimenta como estar aturdido hasta el punto de que uno es incapaz de articular sus pensamientos. Teniendo en cuenta la lateralidad biológica de una persona, para los diestros, el conflicto de separación se asocia con una pareja; para los zurdos, el conflicto está relacionado con la madre/hijo. El grado de deterioro del habla está determinado por la intensidad del conflicto. Un ictus asociado con la afasia de Wernicke es, en términos de GNM, un ictus simpaticotónico (“ictus blanco”).

YouTube Mirad [este video](#) muestra a la reportera de los Grammy Serene Branson con un inicio de afasia durante un reportaje en directo.

Con un ictus blanco, la debilidad o parálisis muscular perdura durante toda la fase de conflicto activo (manos frías, poco apetito) y llega hasta la **PCL-A**. La Crisis Epileptoide, que es el período en el que el edema cerebral en la corteza motora se expulsa, desencadena sacudidas y contracciones incontroladas del(de los) músculo(s) afectado(s) o un ataque epiléptico. Por eso a veces es difícil diferenciar los ictus y las convulsiones aparte.

El **ictus rojo** tiene lugar cuando un edema cerebral en las proximidades de la corteza motora presiona sobre la corteza motora, por ejemplo, un edema en el relé cerebral de los bronquios, la laringe o el miocardio. El “ictus” se inicia al inicio de la Crisis Epileptoide y perdura a lo largo de la crisis desde unos minutos (“ataque isquémico transitorio”) hasta unas pocas horas, dependiendo del tiempo que se tarde en expulsar el edema. La visión deteriorada después de un ictus ocurre cuando un edema cerebral daña el nervio óptico que atraviesa el cerebro. Después de la Crisis Epileptoide, en **PCL-B**, la parálisis retrocede y la capacidad motora vuelve lentamente a la normalidad. Sin embargo, si el edema cerebral no se puede expulsar por completo, la parálisis (en parte) permanece ya que las sinapsis entre las neuronas no se conectan correctamente. Esto suele ocurrir debido a la retención de agua debida a un conflicto activo de abandono o existencia (el SÍNDROME) donde el agua también se almacena en el área del cerebro que se está curando en ese momento. La parálisis permanente también puede ser el resultado de procesos repetitivos de escarificación en la corteza motora debido a continuas recaídas conflictivas.

Fuente: www.learningnm.com