

Escuela de las Leyes Biológicas®



MÓDULO 4 - BLOQUE 11 - CLASE 44

El material de esta clase se puede consultar online actualizado y con videos integrados en esta dirección:

<https://www.leyesbiologicas.com/clase4401-ectodermo-organos-tubo-digestivo.htm>

El Programa de la Escuela de las Leyes Biológicas, en su 4.ª Etapa 2023-2025, consta de 96 clases en 6 módulos durante 24 bloques mensuales de 4 clases, con 775 temas de estudio.

Ha sido cuidadosamente estructurado, ampliado y perfeccionado desde el 2010 al 2025 (15 años) basado en los descubrimientos y los aportes científicos del Dr. Ryke Geerd Hamer e incorporando la experiencia y los aportes de Mark Pfister y de la Escuela de las Leyes Biológicas.

Este PDF es **GRATUITO** para su estudio de forma digital o impreso en colores con alta calidad.

Es **MUY IMPORTANTE COMPARTIRLO LIBREMENTE** con la mayor cantidad de personas que sea posible.

El contenido de este PDF es solamente informativo y **NO** sustituye el consejo médico profesional.

Es decisión y responsabilidad de cada persona tener o no en cuenta este conocimiento **PARA EL BENEFICIO PROPIO** o si decide recomendarlo.

Leyesbiologicas.com

Materiales de Estudio de las Leyes Biológicas

Clase 44

Órganos ectodérmicos controlados desde la Corteza Cerebral 5.ª parte: recubrimientos del tubo digestivo

Este material fue elaborado por la *Escuela de las Leyes Biológicas* con base en el trabajo del *Dr. Hamer* e información de *Mark Pfister*.

Esmalte de los dientes

Relés cerebrales: en los 2 hemisferios de la Corteza Premotora o Frontal.

Sensibilidad: no tiene.

La sensibilidad que se puede presentar proviene del periodonto (periostio que recubre la dentina), que responde al patrón de sensibilidad **interna**.

Funciones:

- 1- **Ataque y defensa**, morder a las presas o a los depredadores.
- 2- **Protección** al diente.

Función posiblemente involucrada en el SBS:

- 3- **Degradación/fragmentación** masticando con los premolares y molares para fragmentar el alimento y facilitar su deglución.

Función no involucrada en el SBS:

- 4- **Fonación** mediante el rebote del aire y golpeo de la lengua para producir sonidos y articular palabras, por lo que la desalineación o ausencia de dientes modifica la fonética individual.

El esmalte es tejido **ectodérmico** cristalizado, sedimentado, no innervado. Es una cubierta compuesta por hidroxiapatita de gran pureza sobre la corona de los dientes (el mineral más duro presente en el cuerpo humano, que se encuentra también en los huesos pero en menor cantidad). El análisis de los componentes minerales del esmalte revela que predomina en ellos el calcio en forma de fosfatos.

Está en contacto directo con el medio bucal en su superficie externa y con el periodonto que recubre la dentina en su superficie interna. En el cuello tiene contacto con el cemento que recubre la raíz, siendo extremadamente delgado a este nivel y aumentando su espesor hacia las cúspides, donde alcanza un máximo de 2,0-2,5 mm en las piezas anteriores y hasta de 3 mm en las posteriores.

El esmalte es de color blanco o gris azulado. El color de los dientes está dado por la dentina, que se trasluce a través del esmalte.

Percepción biológica de la activación (conflicto o shock biológico): no deber hacer contacto con los dientes (morder) por no tener el derecho, por estar prohibido, porque va contra las reglas, aunque se posea más fuerza que otros miembros del grupo para evitar dañarlos.

Fase Activa:

- Reducción progresiva de las funciones, que puede ser lenta o rápida según la intensidad del shock biológico.
- Reducción celular en forma de ulceración llamada "caries del esmalte".
- Si la ulceración llega a provocar la exposición del periodonto, habrá hipersensibilidad al contacto con alimentos y líquidos fríos o calientes.

Fase PclA:

- Caída inicial y posterior recuperación de las funciones.
- Reconstrucción lenta e indolora de la ulceración del esmalte.
- El contacto calor/frío o dulce/ácido produce sensaciones desagradables.

Fase PclB:

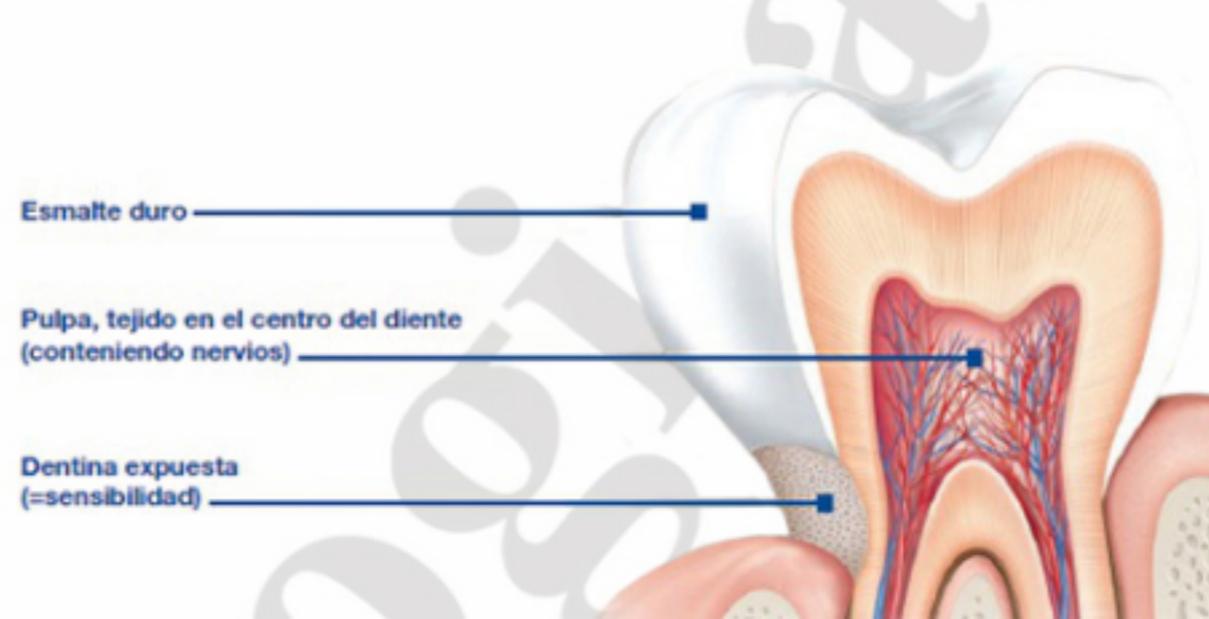
- Recuperación de las funciones.
- Continúa y termina el proceso de reconstrucción de la ulceración.

Normotonía Post SBS:

- Normalización de las funciones.

Sentido biológico (utilidad) del SBS: en la Fase Activa (mediante la reducción de las funciones y la cantidad de células del órgano) se reduce el daño (si se ataca o se defiende contraatacando) a alguien de la manada a quien está prohibido morder, combinado con la hipersensibilidad (dolor) al contacto al desprotegerse el diente y quedar expuesto el periodonto que recubre la dentina.

La activación del SBS del esmalte dental suele combinarse con la activación del SBS de la mandíbula o del maxilar, para disminuir la fuerza en la mordida a quien no se debe morder porque tiene mayor rango en la manada. Si la Fase Activa persiste o es muy intensa, el proceso de atrofia provoca que los dientes pierdan su correcta inserción y se caigan, para evitar que sea mordido un miembro del grupo de gran importancia.



Recubrimiento interno de la boca y recubrimiento de la lengua

Relés cerebrales:

- En los 2 hemisferios de la Corteza Premotora: recubrimiento interno del vestíbulo de la boca (labios y mejillas antes de las encías).
- Corteza Postsensorial: recubrimiento interno de la cavidad bucal (después de las encías) y de la lengua.

Sensibilidad (posibilidad de manifestar dolor): **interna**.

Funciones:

1- Conducción/transporte del bolo alimenticio hacia la faringe y el esófago.

2- Sensorial en la detección de la composición química de los bocados (proteínas, grasas, carbohidratos) para la producción de secreciones en el estómago, hígado y páncreas que faciliten su digestión y la detección de bocados indeseables y alerta de su presencia mediante el dolor.

Funciones no involucradas en el SBS:

3- Fonación determinando el timbre de la voz en la faringe al distribuir el aire que va desde la laringe hacia la boca; en el paladar al rebotar el aire para producir sonidos y con la lengua para articular palabras.

4- Secreción exocrina de queratina producida por los queratinocitos presentes en la lengua y el paladar duro.

5- Protección de la lengua y del paladar duro ante el roce con los alimentos mediante la secreción exocrina de queratina.

Es un tejido orgánico suave y húmedo que reviste el interior de la boca.

Percepción biológica de la activación (conflicto o shock biológico): querer romper el contacto dentro de la boca, sacar afuera (escupir) algo que no debe estar en la boca.

Algo que se quiere decir y no se puede, que se quiere sacar de la boca (vestíbulo).

Fase Activa:

- Aumento inmediato de la función sensorial (**excepción**) para la detección de bocados indeseables y alerta de su presencia mediante el dolor.
- Reducción progresiva de la función de conducción/transporte, que puede ser lenta o rápida según la intensidad del shock biológico, para dificultar el paso de un bocado indeseado.
- Reducción celular en forma de ulceración con dolor al contacto.

Fase PclA:

- Caída drástica de la función sensorial.
- Caída inicial y posterior recuperación de la función de conducción/transporte.
- Reconstrucción de la ulceración con hinchazón y posible sangrado, sin dolor.

Epicrisis:

- Aumento inmediato de la función sensorial con hipersensibilidad.
- Espasmo para propiciar la expulsión del edema con los residuos de la reconstrucción celular.

Fase PclB:

- Caída inmediata y posterior recuperación de la función sensorial.
- Recuperación de la función de conducción/transporte.
- Disminución de la hinchazón.
- Continúa y termina el proceso de reconstrucción de la ulceración.

Normotonía Post SBS:

- Normalización de las funciones.
- Engrosamiento escamoso.

Sentido biológico (utilidad) del SBS: en la Fase Activa (mediante la reducción de la función de conducción/transporte, de la cantidad de células del órgano y el aumento de la función sensorial con hipersensibilidad) se produce una alerta ante la presencia de un bocado indeseable que no debe estar en la boca, para que sea expulsado y dificultar su conducción hacia el tubo digestivo.



Recubrimiento interno de los conductos de las glándulas salivales

Relés cerebrales: en los 2 hemisferios de la Corteza Postsensorial.

Sensibilidad (posibilidad de manifestar dolor): **interna**.

Funciones:

1- Conducción/transporte de la saliva que lubrica el alimento, facilitando su deglución y digestión.

Son 3 pares de glándulas salivales (parótidas, submandibulares y sublinguales) que producen secreciones exocrinas que son transportadas por una red de finos conductos hacia un único tubo de drenaje mayor que atraviesa la cápsula que recubre la glándula y sale a la cavidad oral.

Percepción biológica de la activación (conflicto o shock biológico):

- **Conductos de las glándulas del lado derecho de la boca:** no poder ensalivar un bocado que se desea por no tener el derecho.
- **Conductos de las glándulas del lado izquierdo de la boca:** no poder ensalivar un bocado que no se desea para expulsarlo.

Fase Activa:

- Reducción progresiva de la función, que puede ser lenta o rápida según la intensidad del shock biológico.
- Reducción celular en forma de ulceración.
- Dolor en el conducto de la glándula parótida.
- En el conducto de la glándula sublingual se producen leves tirones (espasmos) que normalmente pasan inadvertidos.

Fase PclA:

- Caída inicial y posterior recuperación de la función.
- Reconstrucción de la ulceración sin dolor y con hinchazón que puede obstruir el conducto, provocando la acumulación de saliva, llamada "paperas" en la glándula parótida (parotiditis).

Epicrisis:

- Espasmo para propiciar la expulsión del edema con los residuos de la reconstrucción celular.
- Se abre el conducto si se obstruyó y comienza a salir la saliva, reduciéndose la hinchazón de la glándula.

Fase PclB:

- Recuperación de la función.
- Disminución de la hinchazón.
- Continúa y termina el proceso de reconstrucción de la ulceración.

Normotonía Post SBS:

- Normalización de la función.
- Engrosamiento escamoso.

Sentido biológico (utilidad) del SBS: en la Fase Activa (mediante la reducción de la función y la cantidad de células del órgano) se amplía el espacio interno del conducto para facilitar el paso de una secreción excesiva de saliva para obtener un bocado o expulsar un bocado indeseado.

En los órganos **endodérmicos** dobles (uno a cada lado del cuerpo) con función secretora exocrina que poseen un conducto con recubrimiento interno **ectodérmico**, la activación de cada conducto será (normalmente) en combinación con la activación de su glándula y los shocks biológicos de ambos tendrán un sentido similar y lógico:

- **Glándulas salivales del lado derecho de la boca:** necesidad imposibilitada de obtener algo, un bocado que se necesita.
- **Recubrimiento interno de los conductos de las glándulas salivales del lado derecho de la boca:** no poder ensalivar un bocado que se desea por no tener el derecho.
- **Glándulas salivales del lado izquierdo de la boca:** necesidad imposibilitada de expulsar (escupir) o deshacerse de algo, de un bocado.
- **Recubrimiento interno de los conductos de las glándulas salivales del lado izquierdo de la boca:** no poder ensalivar un bocado para expulsarlo.

Recubrimiento interno de la faringe y de los 2/3 superiores del esófago

Relés cerebrales: en los 2 hemisferios de la Corteza Postsensorial.

Sensibilidad (posibilidad de manifestar dolor): **interna**.

Funciones:

1- Conducción/transporte del bolo alimenticio hacia el estómago.

2- Sensorial en la detección de la composición química de los bocados (proteínas, grasas, carbohidratos) para la producción de secreciones en el estómago, hígado y páncreas que faciliten su digestión y la detección de bocados indeseables y alerta de su presencia mediante el dolor.

Funciones no involucradas en el SBS:

3- Fonación determinando el timbre de la voz en la faringe al distribuir el aire que va desde la laringe hacia la boca.

El esófago comunica la faringe (garganta) con el estómago. Cada vez que tragamos se produce una potente contracción de la musculatura estriada presente en la faringe y en los 2/3 superiores del esófago, que luego se continúa con la musculatura lisa (**Mesodermo Intermedio**) de los 2/3 inferiores del esófago, haciendo avanzar rápidamente el alimento hacia adelante.

Percepción biológica de la activación (conflicto o shock biológico): no querer ingerir algo (bocado, situación) pero ser obligado a tragarlo.

Este órgano se puede activar en conjunto con la musculatura lisa del 1/3 intermedio del esófago (**Mesodermo Intermedio**).

Fase Activa:

- Aumento inmediato de la función sensorial (**excepción**) para la detección de bocados indeseables y alerta de su presencia mediante el dolor.
- Reducción progresiva de la función de conducción/transporte, que puede ser lenta o rápida según la intensidad del shock biológico, para dificultar el paso de un bocado indeseado.
- Reducción celular en forma de ulceración con hipersensibilidad y dolor.
- Como el epitelio pavimentoso en esta zona es espeso, se necesita mucho tiempo para que la úlcera sea evidenciable en la esofagoscopia.
- Espasmos de la deglución llamados "hipo" (musculatura lisa de 1/3 intermedio) con posible vómito si es un bocado real.
- Como consecuencia del dolor al tragar, es frecuente también la activación de la musculatura estriada y los vasos sanguíneos (atrofia) por sentir que no se es capaz (apto) de tragar (**Mesodermo Nuevo**).

Fase PclA:

- Caída drástica de la función sensorial.
- Caída inicial y posterior recuperación de la función de conducción/transporte.
- Reconstrucción de la ulceración sin dolor y con posible sangrado.
- Si se acumuló una gran masa conflictual o están los túbulos colectores renales (TCR) en la Fase Activa, habrá una gran hinchazón que puede provocar una seria dificultad en la deglución. Una sonda nasogástrica permite alimentarse mientras se espera a que la hinchazón disminuya.

Epicrisis:

- Aumento inmediato de la función sensorial con hipersensibilidad.
- Espasmo para propiciar la expulsión del edema con los residuos de la reconstrucción celular, con posible sangrado.
- Fuertes dolores, generalmente concomitantes con calambres muy dolorosos de la Epicrisis de la musculatura estriada.
- Posibles espasmos de la deglución llamados "hipo" (musculatura lisa de los 2/3 inferiores).

Fase PclB:

- Caída inmediata y posterior recuperación de la función sensorial.
- Recuperación de la función de conducción/transporte.
- Disminución de la hinchazón.
- Continúa y termina el proceso de reconstrucción de la ulceración.

Normotonía Post SBS:

- Normalización de las funciones.
- Engrosamiento escamoso.

Sentido biológico (utilidad) del SBS: en la Fase Activa (mediante la reducción de la función de conducción/transporte, de la cantidad de células del órgano y el aumento de la función sensorial con hipersensibilidad) se produce una alerta ante la presencia de un bocado indeseable que no se desea tragar y dificultar su conducción por el tubo digestivo.

Recubrimiento interno del esfínter cardias, de la curvatura menor del estómago, del esfínter píloro y de la 1.ª parte del duodeno

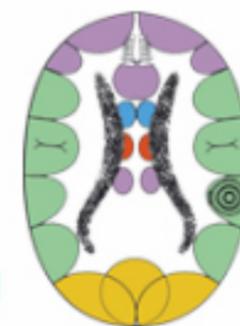
Relés cerebrales: en el hemisferio derecho de la Corteza Territorial.

Sensibilidad (posibilidad de manifestar dolor): **interna**.

Funciones:

1- Conducción/transporte del alimento en forma de quimo hacia el duodeno.

2- Sensorial en la detección de la distensión de las paredes del estómago, el duodeno y los esfínteres, para la regulación del mecanismo del hambre y la ingesta de alimentos; también para la detección de bocados indeseables y alerta de su presencia mediante el dolor.



El esfínter cardias, gastroesofágico o esofágico inferior es una estructura anatómica en forma de válvula que deja pasar el alimento desde el esófago hacia el estómago y evita el regreso del contenido gástrico hacia el esófago.

En la curvatura menor del estómago hay 3 estratos de tejido. Debajo del recubrimiento **ectodérmico** hay musculatura estriada y tejido conectivo (**Mesodermo Nuevo**), más abajo se encuentra la musculatura lisa (**Mesodermo Intermedio**).

El esfínter píloro es la válvula que conecta el estómago con el duodeno, cerrándose o abriéndose para impedir o permitir el paso del contenido gástrico (quimo). Esta función permite que los alimentos sean digeridos por el estómago y evita que por efecto de la gravedad el alimento pase prematuramente al intestino. Cuando el proceso de digestión gástrica ha finalizado, el píloro se abre, dejando pasar el quimo (líquido denso, formado por el bolo alimenticio y los jugos gástricos) hacia el intestino, donde tiene lugar un tipo de digestión diferente.

El recubrimiento interno **ectodérmico** con función sensorial, desde el esfínter cardias hasta la 1.ª parte del duodeno, detecta la distensión de las paredes según la cantidad existente de bolo alimenticio, para la regulación del mecanismo del hambre y la ingesta de alimentos mediante la secreción endocrina de hormonas como la colecistoquinina (CCK) en el duodeno y el yeyuno.

Percepción biológica de la activación (conflicto o shock biológico): injusticia, rencor en el territorio, tener que someterse injustamente.

Fase Activa:

- Aumento inmediato de la función sensorial (**excepción**) para la detección de bocados indeseables y alerta de su presencia mediante el dolor.
- Reducción progresiva de la función de conducción/transporte, que puede ser lenta o rápida según la intensidad del shock biológico, para dificultar el paso de un bocado indeseado.
- Reducción celular en forma de ulceración con hipersensibilidad (dolor o ardor) al contacto con los alimentos o con el ácido clorhídrico secretado en la gran curvatura del estómago, conocido popularmente como "gastritis".
- Pérdida del apetito, no dan ganas de comer, se deja de comer o se come por obligación (anorexia), "se cierra el estómago".
- Náuseas, deseos de vomitar.
- Si resulta implicado el tejido **mesodérmico nuevo** circundante por sentirse incapaz de comer o por la acción del ácido clorhídrico que penetra a través de la úlcera del recubrimiento **ectodérmico**, habrán espasmos y cólicos.
- Reducción de la producción de testosterona que provoca depresión (Balanza Maníaco-Depresiva al lado derecho), disminución de la libido y cansancio.

Fase PclA:

- Caída drástica de la función sensorial.
- Caída inicial y posterior recuperación de la función de conducción/transporte.
- Reconstrucción de la ulceración sin dolor, comúnmente con la ayuda de la bacteria helicobacter pylori.
- Hay hambre, pero con poco que se coma la persona se siente llena; reduciéndose el tránsito de la comida para facilitar la reconstrucción de la úlcera con hinchazón.
- Puede haber sangrado, que se manifiesta como heces negras o azuladas (melenas) después de recorrer todo el tubo digestivo.
- Posible complicación si hay una fuerte hemorragia, que puede ser grave.
- Pueden sentirse náuseas localizadas en la zona de la curvatura menor del estómago.
- Si resultó implicado el tejido **mesodérmico nuevo**, se reconstruirá con mucho dolor "pleno", vagotónico, generalizado en el estómago. La acción del ácido clorhídrico causará mayor molestia.

Epicrisis:

- Aumento inmediato de la función sensorial con hipersensibilidad.
- Dolores fuertes, agudos, punzantes, generalmente concomitantes con calambres muy dolorosos de la Epicrisis de la musculatura estriada.
- Espasmo para propiciar la expulsión del edema con los residuos de la reconstrucción celular.
- Posible sangrado que puede llegar a ser muy abundante y salir en las heces de color negro-azulado (melenas), situación muy peligrosa por la cantidad de sangre que se puede llegar a perder.
- Vómito lento, que se derrama, con posible sangrado "fresco".
- Posible crisis de ausencia.

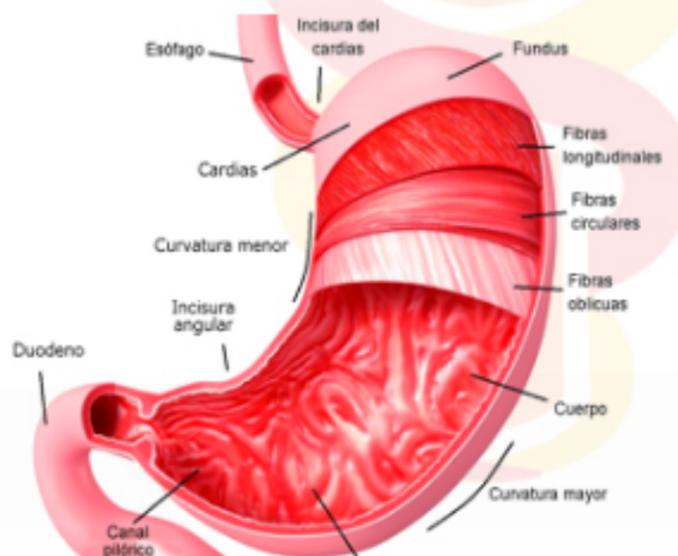
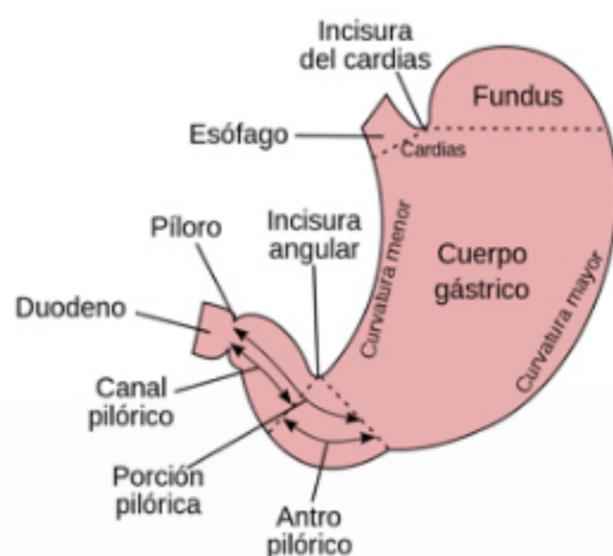
Fase PclB:

- Caída inmediata y posterior recuperación de la función sensorial.
- Recuperación de la función de conducción/transporte.
- Los dolores desaparecen y disminuye la hinchazón.
- Si resultó implicado el tejido **mesodérmico nuevo**, el dolor de la reconstrucción se retirará suavemente.
- Continúa y termina el proceso de reconstrucción de la ulceración.
- Salida del sangrado en las heces, de color negro-azulado (melenas), que tarda en recorrer el tubo digestivo.

Normotonía Post SBS:

- Normalización de las funciones.
- Engrosamiento escamoso.

Sentido biológico (utilidad) del SBS: en la Fase Activa (mediante la reducción de la función de conducción/transporte, de la cantidad de células del órgano y el aumento de la función sensorial con hipersensibilidad) se produce una alerta ante la presencia de un bocado indeseable (injusticia) que no se debe digerir, se dificulta su conducción por el tubo digestivo y se crea el reflejo del vómito (náuseas) para expulsarlo (musculatura lisa).



Recubrimiento interno de la vesícula biliar

Relés cerebrales: en el hemisferio derecho de la Corteza Territorial.

Sensibilidad (posibilidad de manifestar dolor): **interna**.

Funciones:

1- Almacenamiento de la bilis que llega desde el hígado para ser enviada al duodeno cuando se necesite.

Funciones de la submucosa endodérmica:

1- Absorción de agua, sodio y cloro de la bilis, aumentando la concentración de sales biliares, pigmentos biliares y colesterol.

2- Secreción exocrina de moco que protege el recubrimiento interno **ectodérmico** de los componentes de la bilis, del roce cuando hay piedras y facilita la salida de la bilis hacia el conducto cístico.

La vesícula biliar es un pequeño órgano hueco con forma de pera, ubicado debajo del hígado. Mide 8-10 cm de largo y 3-4 cm de ancho, puede contener 40-70 ml de bilis. Tiene una submucosa **endodérmica** (capa de células cilíndricas cuyo ápice está revestido de microvellosidades) que produce proliferaciones celulares en forma de pólipos bajo el tejido **ectodérmico**.



El hígado produce una secreción llamada bilis que es enviada a la vesícula biliar para su almacenamiento. Es un líquido de color pardo verdusco, rico en bicarbonato, que contiene agua, ácidos biliares en forma de sales, bilirrubina (pigmento biliar derivado de la hemoglobina), lecitina, fosfolípidos (fosfatidilcolina y lecitina), electrolitos, proteínas, colesterol y otros componentes.

La bilis se libera de la vesícula biliar al duodeno en respuesta a la ingesta de alimentos, sobre todo cuando contienen grasas, cumpliendo un rol vital en la digestión y en la absorción de los lípidos, ya que sus ácidos los emulsionan aumentando la superficie disponible para la acción de las enzimas. También favorece los movimientos intestinales evitando la putrefacción.

Los ácidos biliares son reabsorbidos en un 97 % en el íleon terminal y vuelven al hígado por la vena porta. Los hepatocitos remueven rápidamente los ácidos biliares de la sangre y los secretan de nuevo a la vía biliar, en una frecuencia de 6-10 veces por día con una pérdida en la materia fecal de 0,5 gramos diarios. La secreción, el retorno al hígado y la resecretión constituyen la circulación enterohepática de los ácidos biliares.

La bilirrubina (pigmento biliar) deriva del catabolismo de la hemoglobina y circula en el plasma ligada a la albúmina. Es un producto insoluble que debe ser convertido en una forma hidrosoluble al llegar a las heces, aportándoles su coloración marrón; una parte importante es reabsorbida en el intestino y nuevamente reincorporada a la bilis, mientras que una pequeña cantidad se elimina en la orina.

Percepción biológica de la activación (conflicto o shock biológico): territorio tangible quitado injustamente. Sentir que me han quitado injustamente algo que me pertenece o creo que me debe pertenecer.

Fase Activa:

- Reducción progresiva de la función, que puede ser lenta o rápida según la intensidad del shock biológico.
- Reducción celular en forma de ulceración con hipersensibilidad (dolor), más fuerte si contiene piedras que al moverse rozan el recubrimiento.
- Reducción de la producción de testosterona que provoca depresión (Balanza Maníaco-Depresiva al lado derecho), disminución de la libido y cansancio.

Fase PclA:

- Caída inicial y posterior recuperación de la función.
- Reconstrucción de la ulceración sin dolor y con hinchazón.
- Formación de sedimentos en forma de cálculos que pueden ser de glicerina o de silicio.

Epicrisis:

- Espasmo para propiciar la expulsión del edema con los residuos de la reconstrucción celular.
- Fuerte dolor, cólico biliar, más fuerte si contiene piedras.
- Salida de los cálculos de silicio como arena.
- Posible crisis de ausencia.

Fase PclB:

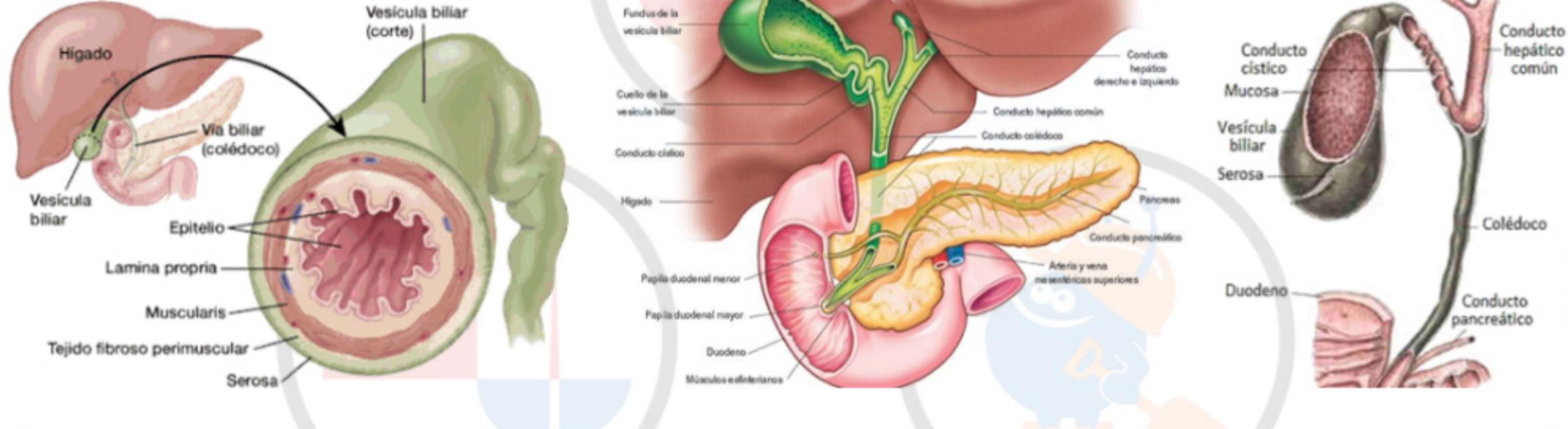
- Recuperación de la función.
- Los dolores desaparecen y disminuye la hinchazón.
- Continúa y termina el proceso de reconstrucción de la ulceración.
- Salida de los cálculos de silicio como arena, pero los cálculos de glicerina se aglomeran y se van formando piedras.

Normotonía Post SBS:

- Normalización de la función.
- Engrosamiento escamoso.
- Tras recidivas se forman grandes cálculos de glicerina (piedras).

Puede haber engrosamientos de la musculatura lisa (**Mesodermo Intermedio**) en las paredes de la vesícula biliar si hay un conflicto de no poder digerir correctamente por no poder empujar la bilis hacia el intestino.

Sentido biológico (utilidad) del SBS: en la Fase Activa (mediante la reducción de la función y la cantidad de células del órgano) se amplía el espacio interno de la vesícula biliar para facilitar el almacenamiento de una secreción excesiva de bilis que es necesaria para digerir un bocado valioso e importante que se ha quitado injustamente.



Recubrimiento interno del conducto biliar colédoco

Relés cerebrales: en el hemisferio derecho de la Corteza Territorial.

Sensibilidad (posibilidad de manifestar dolor): **interna**.

Funciones:

1- Conducción/transporte de la bilis hacia el duodeno.

De cada lóbulo del hígado (derecho e izquierdo) sale un conducto y ambos se unen en el conducto hepático común; que luego de recibir al conducto cístico que proviene de la vesícula biliar, se convierte en el conducto colédoco de 8-10 cm de largo y 5 mm de diámetro.

El colédoco penetra en el duodeno y forma con el conducto pancreático principal (Wirsung) un canal común que desemboca en el ápice de la papila duodenal mayor. La ampolla de Vater o mayor es un relieve cónico con una compleja estructura constituida por la porción intramural terminal de los conductos biliar (colédoco) y pancreático.

El esfínter de Oddi envuelve ambos conductos y se constituye de células musculares lisas circulares y longitudinales; se pueden distinguir los esfínteres del colédoco, pancreático y el ampollar común. La función normal del esfínter provoca la liberación de las enzimas pancreáticas y bilis con el paso del alimento, mientras que en el ayuno se facilita el llenado de la vesícula biliar.



Percepción biológica de la activación (conflicto o shock biológico): territorio tangible quitado injustamente. Sentir que me han quitado injustamente algo que me pertenece o creo que me debe pertenecer.

Fase Activa:

- Reducción progresiva de la función, que puede ser lenta o rápida según la intensidad del shock biológico.
- Reducción celular en forma de ulceración con hipersensibilidad (dolor) al paso de la bilis.
- No hay cambios en los valores sanguíneos (bilirrubina, gamma gt, transaminasa y fosfatasa alcalina).
- Las heces son normales.
- Reducción de la producción de testosterona que provoca depresión (Balanza Maníaco-Depresiva al lado derecho), disminución de la libido y cansancio.

Fase PclA:

- Caída inicial y posterior recuperación de la función.
- Reconstrucción de la ulceración sin dolor, con hinchazón y posible cierre (estasis), que se ve irregular en la imagen radiológica (no redonda) y malinterpretada por el radiólogo como "dilatación del conducto por posible piedra atorada", produciendo hepatitis y hepatomegalia (aumento de tamaño del hígado con dolor) por la acumulación de bilis que no puede circular hacia el duodeno, más grave con los TCR en la Fase Activa.
- Ictericia por la acumulación de bilirrubina (pigmento líquido amarillento producido por el hígado que se encuentra en la bilis) que provoca la coloración amarilla de la piel y los ojos y la orina de color ocre.
- Las heces son de color claro (incluso blancas) y flotan por falta de bilis.
- Los valores sanguíneos aumentan (bilirrubina, gamma gt, transaminasa y fosfatasa alcalina), que al no poder salir se van a la sangre. Si estos valores están muy altos es porque están los túbulo colectores renales (TCR) en la Fase Activa.

- Epicrisis:**
- Espasmo para propiciar la expulsión del edema con los residuos de la reconstrucción celular y la desobstrucción del conducto.
 - Fuerte dolor, cólico biliar.
 - Posible crisis de ausencia.

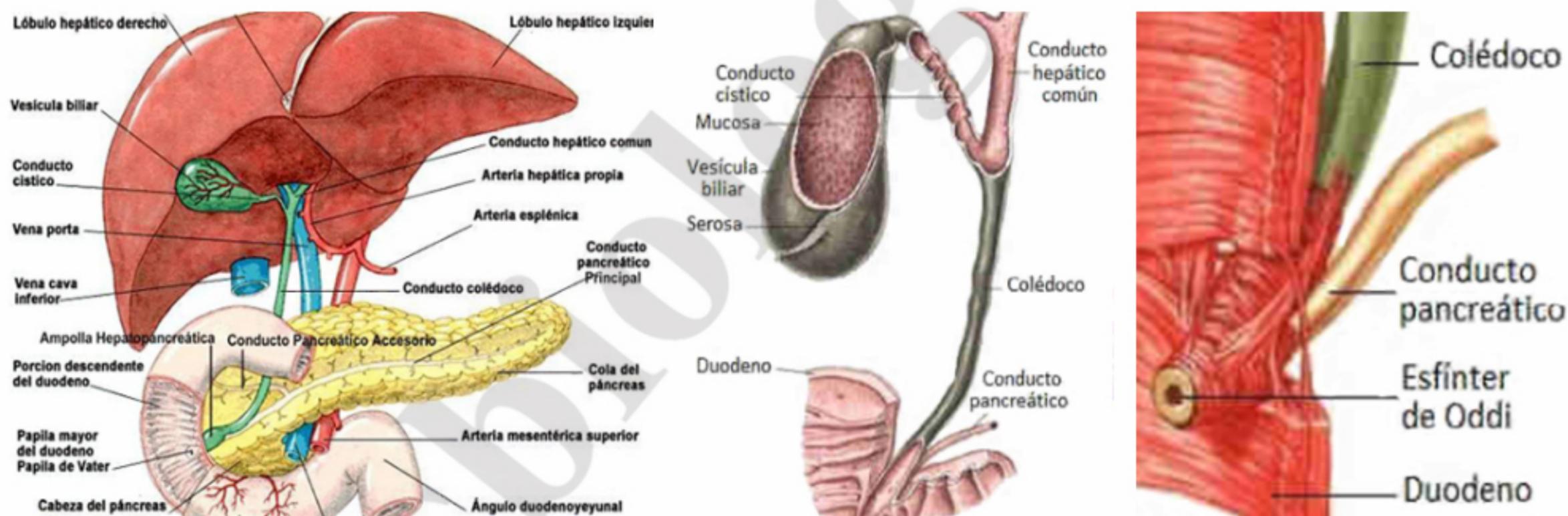
- Fase PclB:**
- Recuperación de la función.
 - Los dolores desaparecen, se desobstruye el conducto y disminuye la hinchazón.
 - Continúa y termina el proceso de reconstrucción de la ulceración.
 - Las heces son de color marrón muy oscuro y con poca grasa (van al fondo del WC) por aumento de la bilis en el Sistema Digestivo.
 - El color de la piel que era amarillo en la Fase PclA, ahora se vuelve ocre, como piel bronceada.

- Normotonia Post SBS:**
- Normalización de la función.
 - Engrosamiento escamoso.

Sentido biológico (utilidad) del SBS: en la Fase Activa (mediante la reducción de la función y la cantidad de células del órgano) se amplía el espacio interno del conducto biliar colédoco para facilitar la conducción de una secreción excesiva de bilis que es necesaria para digerir un bocado valioso e importante que se ha quitado injustamente.

La Fase PclA de la 2.^a porción del duodeno (**Endodermo**) con mucha hinchazón (TCR en la Fase Activa) también puede impedir el paso de las secreciones que fluyen por los conductos colédoco (bilis) y pancreático (jugo pancreático), produciendo "hepatitis" y "pancreatitis".

Las proliferaciones celulares en la cabeza del páncreas (hinchazón) causadas por la Fase PclA del recubrimiento interno **ectodérmico** del conducto pancreático pueden comprimir el conducto colédoco hepático, obstruir el paso de la secreción biliar y producir hepatitis e ictericia.



Cirrosis hepática

Cirrosis: acumulación de tejido cicatricial, fibrótico difuso. Cuando existe una sola cicatriz calcificada es llamada "cirro", la presencia de varias cicatrices se conoce como "cirrosis hepática".

La llamada: "cirrosis hepática" puede ser declarada o diagnosticada por:

- Cicatrices del tejido **endodérmico** del hígado con pequeñas cavernas.
- Cicatrices del tejido **ectodérmico** (recubrimiento interno del conducto biliar), la más común, que puede tener 2 causas:

- 1- Fase Activa con ulceración que perdura por años y produce una reducción orgánica progresiva con induración del conducto hepático.
- 2- Recidivas con múltiples Fases Pcl y engrosamiento escamoso que produce la reducción de la luz del conducto (obturación cicatricial).

El consumo de alcohol no es causa de "cirrosis hepática", contrariamente a lo que se cree. Lo que sucede es que las personas que perciben continuamente que les han quitado algo injustamente, en un alto porcentaje de los casos recurren a la ingesta de alcohol.

Recubrimiento interno del conducto pancreático principal

Relés cerebrales: en el hemisferio derecho de la Corteza Territorial.

Sensibilidad (posibilidad de manifestar dolor): **interna**.

Funciones:

1- Conducción/transporte de jugo pancreático hacia el duodeno.

En todo el páncreas hay un sistema de conductos que desembocan en el conducto principal (Wirsung), que al final se ramifica para el conducto accesorio (Santorini). Ambos terminan en las 2 papilas duodenales, mayor y menor, en la 2.^a porción del duodeno.

El conducto principal o de Wirsung se une al conducto colédoco en la porción inferior de la cabeza del páncreas, acabando en la ampolla hepatopancreática o de Vater que se introduce en la 2.^a parte del duodeno (descendente).

Percepción biológica de la activación (conflicto o shock biológico): territorio intangible quitado injustamente, un sueño, algo muy deseado.

Fase Activa:

- Reducción progresiva de la función, que puede ser lenta o rápida según la intensidad del shock biológico.
- Reducción celular en forma de ulceración con hipersensibilidad, dolor.
- No hay cambios en los valores sanguíneos (bilirrubina, gamma gt, transaminasa y fosfatasa alcalina).
- Las heces son normales.
- Reducción de la producción de testosterona que provoca depresión (Balanza Maníaco-Depresiva al lado derecho), disminución de la libido y cansancio.

Fase PclA:

- Caída inicial y posterior recuperación de la función.
- Reconstrucción de la ulceración sin dolor y con hinchazón (estasis) produciendo pancreatitis por acumulación del jugo pancreático que no puede circular hacia el duodeno (más grave si están los TCR en la Fase Activa), con posibles hemorragias dolorosas y peligrosas.
- La hinchazón puede también comprimir mecánicamente el conducto colédoco, obstruir el paso de la secreción biliar y producir hepatitis e ictericia.
- Heces deshechas y ácidas por falta de jugo pancreático alcalino que compensa la acidez del bolo producida en la gran curvatura del estómago (ácido clorhídrico de pH 2).

Epicrisis:

- Espasmo para propiciar la expulsión del edema con los residuos de la reconstrucción celular y la desobstrucción del conducto.
- Dolor.
- Posible crisis de ausencia.

Fase PclB:

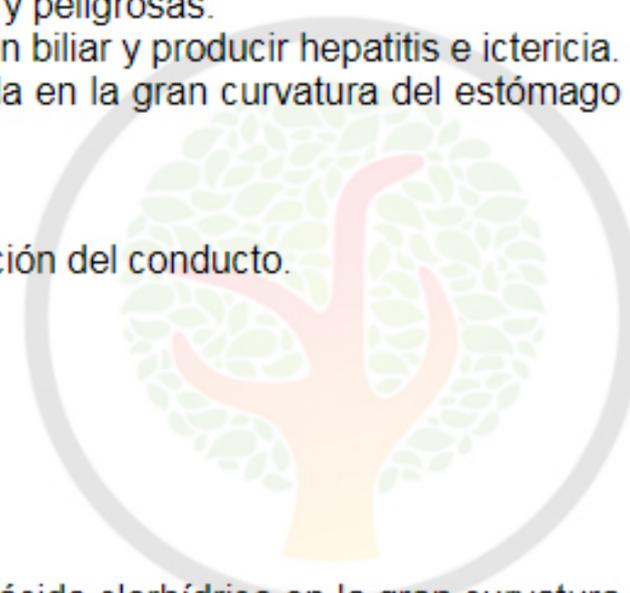
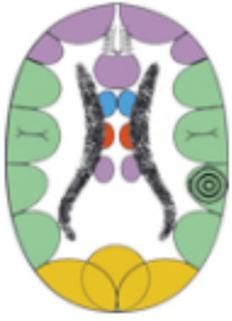
- Recuperación de la función.
- Los dolores desaparecen, se desobstruye el conducto y disminuye la hinchazón.
- Continúa y termina el proceso de reconstrucción de la ulceración.
- Las heces vuelven a su forma compacta y pH normal, al compensarse la acidez del bolo por la secreción de ácido clorhídrico en la gran curvatura del estómago con la alcalinidad del jugo pancreático.

Normotonía Post SBS:

- Normalización de la función.
- Engrosamiento escamoso.

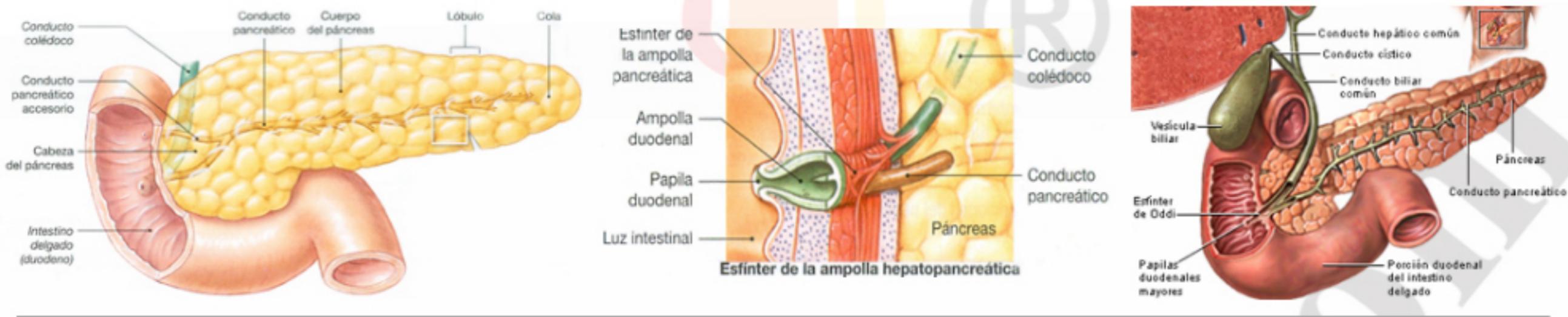
Sentido biológico (utilidad) del SBS: en la Fase Activa (mediante la reducción de la función y la cantidad de células del órgano) se amplía el espacio interno del conducto pancreático para facilitar la conducción de una secreción excesiva de jugo pancreático que es necesaria para digerir un bocado valioso e importante que se ha quitado injustamente y se desea (sueña) con poder disfrutarlo.

Muchas pancreatitis ceden esperando a que termine la Fase PclA, manteniendo una dieta absoluta e hidratando el cuerpo por vía parenteral (intravenosa). Si el jugo pancreático (básico, alcalino, con la función de digerir las proteínas en el duodeno) no puede fluir por estar el conducto obstruido, se presenta una situación muy peligrosa que amenaza la vida porque puede acumularse y digerir las proteínas del páncreas, incluso puede producir hemorragias dolorosas y peligrosas.



Ante esta urgencia se debe acudir al hospital y colocar un stent (tubo de silicona en forma de red) dentro del conducto para facilitar la salida del jugo pancreático y suministrar medicamentos simpaticotónicos. El stent puede quedar permanentemente en el conducto o se puede retirar al terminar la urgencia.

La Fase PclA de la 2.^a porción del duodeno (**Endodermo**) con mucha hinchazón (túbulos colectores renales en la Fase Activa) también puede provocar la obstrucción de los conductos colédoco (bilis) y pancreático (jugo pancreático), produciendo "hepatitis" y "pancreatitis".



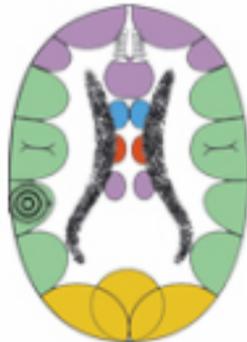
Recubrimiento interno de los últimos 12 cm del recto

Relés cerebrales: en el hemisferio izquierdo de la Corteza Territorial.

Sensibilidad (posibilidad de manifestar dolor): **externa**.

Funciones:

- 1- **Sensorial** detección de heces para su excreción.
- 2- **Conducción/transporte** de heces hacia el exterior del cuerpo.
- 3- **Almacenamiento** de las heces hasta que sea el momento adecuado para expulsarlas.
- 4- **Excreción** de heces al ser detectadas.



El recto mide 15 cm y el recubrimiento **ectodérmico** está presente en los últimos 12 cm por arriba del nivel del ano. Cuando las heces llegan al recto (la parte final del intestino grueso) provocan la sensación de ganas de evacuar. El recto tiene forma de saco y con la ayuda del esfínter anal, que está continuamente cerrado, retrasa el momento de la defecación hasta que sea conveniente.

Percepción biológica de la activación (conflicto o shock biológico): pérdida de identidad, no saber cuál es el rol o el lugar que se ocupa en la jerarquía del grupo o donde se vive. No saber a quién (hombre o mujer) se pertenece. No saber a dónde ir o qué decisión tomar.

Comúnmente inicia por no saber de parte de quién estar si hay una separación o distancia entre el padre y la madre; si se va con el papá es rival de la mamá o si se va con la mamá abandona al papá, situación fuerte de identidad.

Fase Activa:

- Reducción progresiva de las funciones, que puede ser lenta o rápida según la intensidad del shock biológico.
- Reducción celular en forma de ulceración con resequead, sin sangrado ni dolor.
- Al paso de heces muy duras puede ocurrir un rasgado con pequeños cortes (fisuras) que se pueden contaminar y no cicatrizar por estar en proceso de ulceración, presentándose algunas molestias y posible sangrado.
- Reducción de la producción de estrógenos que provoca un estado maníaco (Balanza Maníaco-Depresiva al lado izquierdo).

Fase PclA:

- Caída inicial y posterior recuperación de las funciones.
- Reconstrucción de la ulceración con hinchazón, sangrado, hipersensibilidad, dolor, que se agrava si están los túbulos colectores renales en la Fase Activa, dificultando la defecación. Estos síntomas son comúnmente mal diagnosticados como: "hemorroides" (venas, **Mesodermo Nuevo**).
- Al paso de heces duras puede producirse un sangrado rojo (sangre fresca) por desgarre mecánico.
- La reconstrucción con hinchazón trasuda sangre clara (diluida) que pudiera ser mal diagnosticada como "sangrado hemorroidal".

Epicrisis:

- Espasmo para propiciar la expulsión del edema con los residuos de la reconstrucción celular, sin dolor.
- Sangrado de color rojo vivo.
- Si simultáneamente está implicada la motricidad de la musculatura estriada anal (**Ectodermo**) se presentará el espasmo rectal, sin dolor.
- Posible crisis de ausencia.

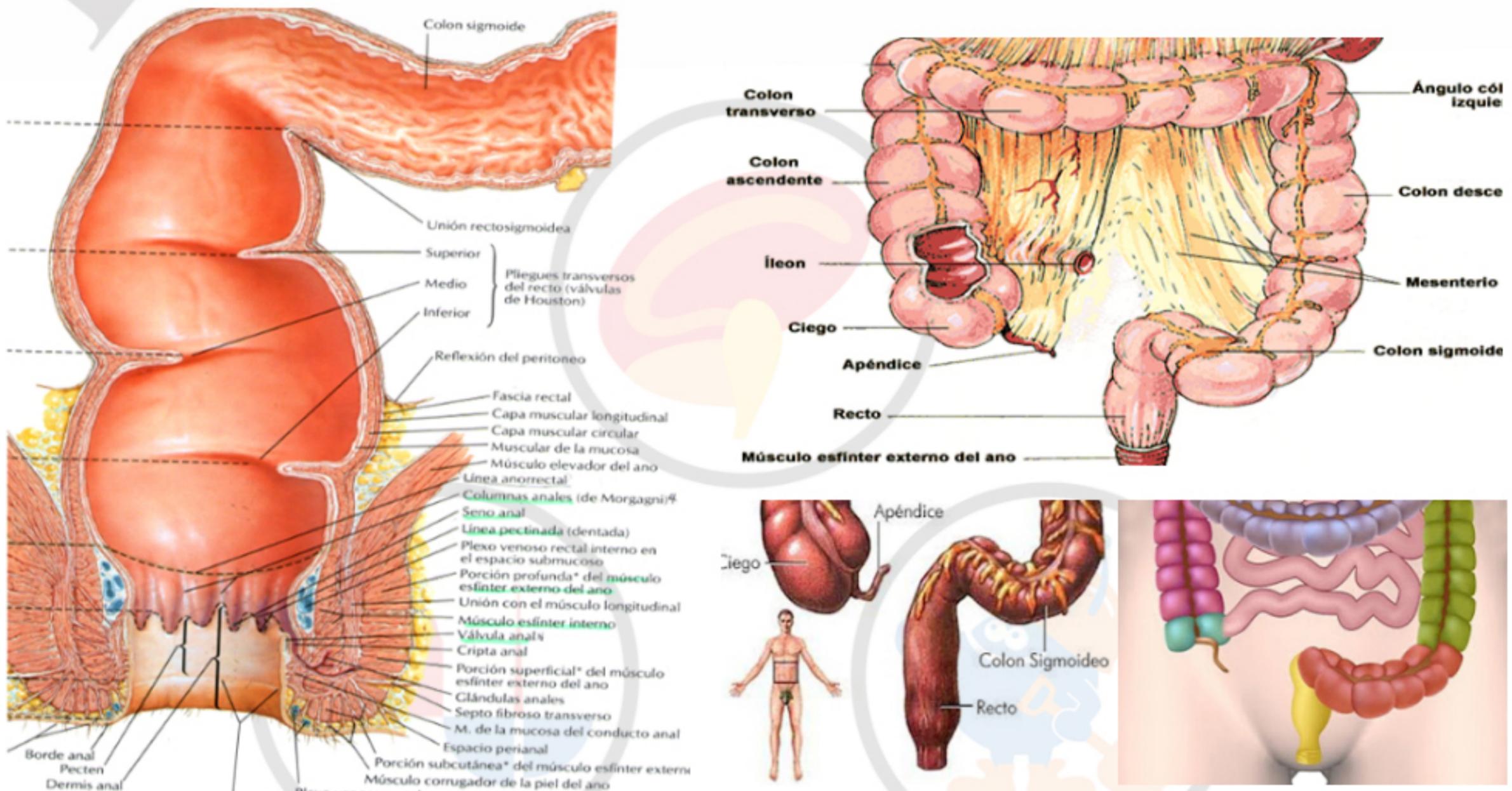
Fase PclB:

- Recuperación de las funciones.
- Disminuye la hinchazón, el dolor y el sangrado.
- Continúa y termina el proceso de reconstrucción de la ulceración.

Normotonía Post SBS:

- Normalización de las funciones.
- Engrosamiento escamoso.

Sentido biológico (utilidad) del SBS: en la Fase Activa (mediante la reducción de las funciones y de la cantidad de células del órgano) se evita marcar mediante la defecación un territorio al que no se pertenece, en el que no se tiene identidad, hasta que sea el momento adecuado para expulsar las heces.



Planes de estudio de la Escuela de las Leyes Biológicas

Aspectos	Programa de Estudio ABIERTO y GRATUITO	Clases Virtuales en Vivo (Zoom)	Clases Presenciales Guadalajara (GDL)	Clases Presenciales Otras Ciudades México
Material de estudio	Online en constante actualización PDF imprimible que se actualiza con cada grupo	Online en constante actualización PDF imprimible Actualizado	Online en constante actualización PDF imprimible Actualizado	Online en constante actualización PDF imprimible Actualizado
Clases en vivo	NO	4 x mes, 1 semanal	4 x mes, 1 semanal	4 x mes continuas Jueves a Domingo
Horarios de clases en vivo	NO	Matutino 9:00 am Vespertino 3:00 pm	Matutino 9:00 am Vespertino 4:00 pm	Jueves/Viernes: 6:00 pm Sábado/Domingo: 9:00 am
Fecha de inicio	Enero (1) Mayo (5) Septiembre (9)	Enero (1) Mayo (5) Septiembre (9)	Enero (1) Mayo (5) Septiembre (9)	A criterio del organizador
Tiempo de estudio	17 meses	24 meses	24 meses	24 meses
Carga horaria presencial	NO	288 horas 96 clases de 3 horas	288 horas 96 clases de 3 horas	288 horas 96 clases de 3 horas
68 test de comprobación de conocimientos	NO	SI Oral	SI Impreso	SI Impreso
Cantidad de clases regulares	68	96	96	96
675 síntomas en forma de simulación de consulta (oral) "Cofre de los Achaques"	NO	SI	SI	SI
Aplicación de Exámenes parciales 7 Módulos (opcional)	NO	Oral Online en Zoom Escrito en Guadalajara	Oral Online en Zoom Escrito en Guadalajara	Oral Online en Zoom Escrito en otra ciudad
Aplicación del Examen Final	NO	Presencial en Guadalajara	Presencial en Guadalajara	Presencial en Guadalajara
Aclaración de dudas en vivo	NO	SI	SI	SI
Aclaración de dudas por e-mail	NO	SI	SI	SI
Consultas personales gratuitas	NO	Ilimitadas Presencial o en Zoom	Ilimitadas Presencial o en Zoom	Ilimitadas Presencial o en Zoom
Constancia de participación	NO	NO	NO	NO
Diploma Graduado y Certificado	NO	Solo si se aprueban todos los exámenes	Solo si se aprueban todos los exámenes	Solo si se aprueban todos los exámenes
Participación en el Grupo de Estudio	NO	SI Presencial en GDL y Online	SI Presencial en GDL y Online	SI Presencial Ciudad y Online
Participación en Todas las Actividades de la Escuela	NO	Encuentros, Convenciones, Graduaciones, Posadas	Encuentros, Convenciones, Graduaciones, Posadas	Encuentros, Convenciones, Graduaciones, Posadas
Grabaciones de audio y video	NO	NO	NO	NO