

## **La recuperación del Parkinson**

Dr. Janice Walton-Hadlock, DAOM

Traducido y publicado con permiso escrito de la Dra. Janice Walton-Hadlock, DAOM.

Este material no puede ser copiado sin permiso.

[www.pdrecovery.org](http://www.pdrecovery.org)

## Capítulo 1

### El Parkinson, una enfermedad curable

El Parkinson idiopático no es -nunca lo ha sido- una enfermedad incurable. La enfermedad de Parkinson tiene una causa definida, y un tratamiento efectivo requiere la eliminación de esta causa. Es así de simple. Cuando se elimina la causa, los síntomas desaparecen.

Este libro es un manual para aquellas personas que estén interesadas en curarse de Parkinson, con muchísimos casos de ejemplo. Y para los profesionales de la medicina e investigadores, este libro explica las causas funcionales de esta enfermedad. Para cualquiera que esté interesado en una explicación moderna de como la micro y la macro electricidad y las ondas biológicas influyen en la química del cuerpo, el funcionamiento del cerebro y la expresión genética, les servirá de introducción a los principios de la antigua medicina oriental.

#### Un trastorno eléctrico

La causa secundaria que subyace a la enfermedad de Parkinson, tanto de origen idiopático como psicogénico, es un circuito energético perfectamente normal que el cuerpo utiliza sólo en los momentos de daños de extrema gravedad o de muerte inminente, pero que en las personas con Parkinson, funciona de forma constante.

Este circuito energético funciona generalmente sólo cuando el cuerpo necesita cambiar al modo neurológico que se utiliza en caso de trauma grave: un modo que se denomina *disociación*. Si la persona sobrevive y el trauma se resuelve, el circuito energético del cuerpo debería volver rápidamente a los patrones de funcionamiento comunes: el modo parasimpático (despierto y tranquilo), simpático (ataque o huida), y dormido<sup>1</sup>.

Este circuito disociado es la causa secundaria de la enfermedad de Parkinson, y el origen de sus síntomas, incluido la inhibición de la liberación de dopamina. En una persona que utiliza la disociación durante décadas, la inhibición a largo plazo de la liberación de dopamina lleva a una inactividad gradual de muchas de las células que la producen en la *substantia nigra* del cerebro. Sin embargo, estas células no están muertas: al cabo de unos meses después de la recuperación de la enfermedad de Parkinson, los niveles de dopamina son lo suficientemente altos como para que la persona no vuelva a "quedarse sin" nunca más.

La causa primaria, aquello que realmente desencadena los diversos grados de disociación crónica, y que tienen que curarse para permitir que se detenga el circuito energético de la disociación, varía según la persona, pero normalmente se enmarca en dos categorías básicas: 1) Un traumatismo mal curado en el pie o el tobillo, que normalmente data de la infancia, y/o 2) Un modo altamente específico de condicionamiento mental.

---

<sup>1</sup> Algunos psicólogos consideran que la inmovilidad de la disociación, o IM (inmovilidad tónica), es un caso extremo de respuesta del sistema nervioso simpático. Sin embargo, el circuito energético del estado biológico disociado es completamente diferente del relativo al modo simpático. Además, psicólogos y biólogos usan el término "disociación" con sentidos muy distintos en cada campo de investigación. Se entrará en más detalles sobre este asunto en el capítulo 3.

La mayoría de los centenares de pacientes con Parkinson que ha tratado nuestro equipo presentaban ambos factores desencadenantes<sup>2</sup>.

## Disociación

Las características del modo disociado (ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, cambio circulatorio, etc.) están descritos por la medicina occidental, mientras que las corrientes energéticas específicas que impulsan este modo -corrientes que fluyen por debajo de la piel y que pueden sentirse fácilmente con la mano- fueron reconocidas y descritas por la medicina oriental hace más de dos mil años.

Los cambios en las corrientes energéticas debajo de la piel que tienen lugar durante el modo disociado causan muchas alteraciones bien conocidas en la regulación del organismo, como la liberación de endorfinas (inhibidoras del dolor), la disminución de la presión arterial (que puede prevenir una pérdida excesiva de sangre y/o una hemorragia interna), y la desviación de sangre de la piel y los órganos a la columna y el cerebro. Este modo neurológico dirige un último recurso de alcance general para mantener el corazón y el cerebro con vida en casos de traumas severos, posiblemente mortales.

En este modo, la persona no siente el dolor físico ni emocional. Puede ser que sienta preocupación por el dolor de los demás, pero tiene una insensibilidad somática de su propio cuerpo.

En este modo, una persona puede tener problemas para iniciar ciertos tipos de pensamientos *imaginativos* -que incluyen imaginar las *sensaciones* del movimiento. (En las personas con Parkinson, los escáneres cerebrales muestran la inhibición de las áreas del cerebro relacionadas con la imaginación del movimiento, una zona que se activa mediante la dopamina, a pesar de las instrucciones mentales de la persona para moverse). En la disociación, la inhibición de la imaginación del movimiento impide la función motora basada en la dopamina, y por tanto se inhibe el movimiento a menos que la persona instituya un modo de funcionar basado en la adrenalina.

Como nota al margen, la función motora basada en la adrenalina se activa de una forma completamente distinta de la función motora basada en la dopamina. La primera es una respuesta a órdenes mentales, mientras que la segunda crea el movimiento *imaginando* las *sensaciones* de movimiento.

---

<sup>2</sup> La página web del equipo de tratamiento del Parkinson es [www.pdtreatment.com](http://www.pdtreatment.com). Antes de llamar para concertar una cita para un tratamiento, por favor lean el libro entero. La mayoría de los pacientes no necesitan ayuda profesional para recuperarse del Parkinson. El objetivo del equipo es ayudar a las personas a comprender que, en la mayoría de los casos, pueden recuperarse por sí mismos. Nuestro equipo no acepta pacientes que no hayan leído el libro entero por sí mismos. No es lo mismo que otro lo lea por una persona mayor enferma que no esté interesada en hacer el trabajo necesario para la recuperación. Debe leerlo el propio paciente. El último capítulo de este libro proporciona información acerca del tipo de pacientes más adecuados para recuperarse por medio de nuestros descubrimientos.

Volveré a ello más adelante, pues éste es sólo un capítulo introductorio. De hecho, todos los conceptos que se mencionan en este primer capítulo se desarrollarán posteriormente.

El modo disociado mencionado cambia automáticamente en respuesta a una hemorragia excesiva, o una herida excesiva, y en casi cualquier circunstancia de muerte inminente. En este estado, si la persona está consciente puede percibirse a sí misma como si estuviera fuera de su cuerpo -y de ahí su nombre: disociación. (Éste no es el mismo sentido de la palabra "disociación" que se usa en psicología, en la que significa una compartimentación de ciertos pensamientos, que quedan *fuera* de la consciencia normal).

Un término sencillo para los síntomas de la disociación es el de "shock".

Si la persona sobrevive a la herida o el trauma, el circuito energético puede volver rápidamente a los esquemas que impulsan los modos "normales" (simpático, parasimpático o dormido). O puede volver lentamente. Si el cuerpo entra en conflicto entre los modos de disociación y los simpático, parasimpático y dormido, también nos referimos a estos síntomas como un "shock".

Los patrones energéticos de la disociación deberían funcionar durante períodos cortos, lo suficiente para "aferrarse a la vida", como dice el *Nei Jing*, el antiguo texto de medicina china . O bien la persona fallece a causa del traumatismo, o bien su corazón y cerebro se mantienen con vida mientras el cuerpo lidia con el trauma y empieza a estabilizarse.

El circuito energético que controla los diferentes modos neurológicos puede sentirse fácilmente con la mano. Fluye a través de la fascia justo debajo de la piel. También fluye en la fascia por otros lugares, pero para nuestros propósitos -esto es, detectar la corriente eléctrica que mantiene la enfermedad de Parkinson- sólo nos interesa la que fluye justo por debajo de la piel.

Como ya hemos mencionado, el circuito de disociación que funciona de modo continuo puede haber sido desencadenado por dos motivos:

1) Un traumatismo significativo en el pie o el tobillo que no se curó adecuadamente. La estática del traumatismo o la lesión mal curada causa un pequeño malfuncionamiento energético. A lo largo de las décadas, este malfuncionamiento puede ampliarse hasta que, debido a su localización en la terminación crucial de un circuito energético en el pie, finalmente pone en marcha un circuito que imita el patrón que tiene lugar en la disociación.

Muchas personas con Parkinson recuerdan un traumatismo en el pie durante su infancia del que, en aquel momento, fue necesario disociarse psicológicamente. Debido a que no se "regresó al trauma" más adelante para sanarlo, se estableció un estado de disociación psicológico localizado, y el traumatismo nunca se curó del todo. Y finalmente puso en marcha un flujo energético de disociación en todo el cuerpo.

2) Una persona con gran capacidad de concentración y fuerza de voluntad puede ordenarse a sí misma, en el caso de un trauma específico, no sentir el dolor físico o emocional en el sentido general, más que en un sentido localizado. Una vez puesta en marcha, esta negación puede permanecer en su sitio hasta que se rescinda la instrucción.

Y si no se rescinde, la instrucción permanece en la mente subconsciente, y se activa automáticamente siempre que sea necesario, como respuesta a un dolor o temor subsiguiente. Una orden mental potente para evitar sentir dolor hace que el cuerpo entre de golpe en el modo neurológico de la disociación, un modo en el que la persona no percibe el dolor.

Aunque la orden mental inicial haya sido provocado por un trauma físico o emocional altamente específico, el cerebro, a menos que se le ordene detener la disociación mentalmente inducida, puede permanecer en dicho estado, o también puede desarrollar el hábito de cambiar al modo disociado en cualquier situación que resulte remotamente arriesgada o desagradable.

Muchas personas con Parkinson recuerdan haberse dado esa orden de "no sentir dolor" muchas décadas antes de la aparición de la enfermedad. En gran parte de los casos, el paciente incluso recuerda haberse mirado al espejo cuando se daba esa orden, creando así una condición cercana a la auto-hipnosis. Otros, hasta después de su recuperación<sup>3</sup>, no recuerdan haberse dado esa instrucción.

### **Acceso simultáneo al estado disociado y al modo simpático**

El funcionamiento del modo disociado previene o minimiza el acceso al modo parasimpático y la consiguiente liberación de dopamina en el cerebro.

Sin embargo, aun así puede usarse el modo simpático. Por ejemplo, una persona que recibe una lesión que la induce al estado de shock, aún puede ser capaz de escapar del peligro y llegar a un lugar en el que se siente suficientemente seguro antes de entrar completamente en shock (colapso y introversión). Dicho de otro modo, en presencia de un peligro real, la inmovilidad de una disociación moderada puede verse fácilmente superada por el modo simpático (de emergencia) adrenalínico. Así es como está diseñado el cuerpo.

Una persona que activa una condición crónica de disociación también puede mantener la función motora en marcha mediante la activación crónica del modo simpático. A largo plazo, el mantenimiento de este estado mental de urgencia crónica, junto con el entumecimiento provocado por la disociación crónica, puede hacer que la persona se comporte de una manera mucho más dinámica, rápida, eficaz, y más alerta y cautelosa que la media. Utiliza la adrenalina, no la dopamina, para todas las funciones motoras, a la vez que mantiene una

---

<sup>3</sup> Curiosamente, la mayoría de nuestros pacientes de Parkinson afirman tener una alta tolerancia al dolor en daños físicos o emocionales, y son capaces de sentir y sufrir diversos tipos de dolor: de espalda, ciática, dental, y dolor muscular debido a la tensión. Es posible que el cerebro no considere estos tipos de dolor especialmente peligrosos, de modo que no caen bajo la jurisdicción de la instrucción de disociarse. Éste podría ser un interesante campo de estudio para un futuro.

fisiología de calma, desvinculada de la producción de endorfinas ante su propio dolor físico o emocional.

### **El uso crónico del modo simpático**

Sin embargo, el cerebro está en cambio continuo y se desarrolla a partir de las instrucciones (preocupaciones) que recibe. Si una persona debe utilizar el modo simpático de producción de adrenalina para seguir moviéndose (a causa del modo disociado de inhibición de la dopamina), se fortalecerán los hábitos mentales relacionados con el recelo, la alerta y la ansiedad.

Muchos de nuestros pacientes, aquellos que en su día se dieron la instrucción de "no sentir dolor", han sido capaces de moverse durante décadas de una forma que creían normal, mediante el modo de "ataque o huída" del modo simpático durante la mayor parte de sus horas de vigilia.

Sabemos que hay enfermos de Parkinson que han utilizado de forma crónica únicamente el modo simpático porque cuando se recuperan, sienten que la mecánica de su movimiento es completamente diferente de lo que llevan haciendo durante décadas -a veces desde la infancia. En palabras de uno de estos pacientes, un atleta que experimentaba el movimiento basado en la dopamina por primera vez desde que tenía cinco años: "¿Así de fácil les ha sido siempre moverse a las demás personas?".

Además, basándonos en lo que hemos visto en pacientes que se han recuperado, parece que, al usar el modo disociado, la mente subconsciente invoca automáticamente la premisa que pone la vida en suspensión (haciendo a la persona insensible) a fin de mantenerla a salvo. Poco después de curarse, muchos pacientes utilizan la expresión: "nadie va morir" en los primeros días después de que tenga lugar la recuperación, incluso antes de que hayan oído hablar de la conexión con el modo disociado. Por ejemplo: "Estos últimos días me siento más relajada acerca de lo que ocurre; al fin y al cabo, nadie va a morir si cometo un error". Para ellos, "nadie va a morir" es una asombrosa epifanía, puesto que no era su modo de pensar habitual desde hacía muchos años.

### **Los diversos grados de disociación**

Una persona puede utilizar diversos grados de disociación. La instrucción de disociarse puede no tener efecto completamente, todo el tiempo: hay personas que se dan la orden de entrar en diversos grados de disociación según las necesidades del momento. Y esa instrucción se convierte en algo subconsciente y automático. Una "persona normal" (alguien que no padezca la enfermedad de Parkinson) utiliza sobre todo el modo simpático durante los momentos de estrés, y no el modo disociado.

De nuevo, después de que la persona haya tomado el control para activar conscientemente el modo disociado, su mente subconsciente puede elegir disociarse cuando sienta una emoción negativa.

Por contra, durante décadas antes de la aparición del Parkinson, la mente subconsciente puede haber sido capaz de detener fácilmente la disociación de vez en cuando, cuando sentía que las cosas iban bien, y podía sentirse temporalmente a salvo.

Entrevistas en profundidad con pacientes sugieren que algunos enfermos de Parkinson han sido capaces de desconectar esa disociación durante diversas actividades o lugares "seguros", tal como indican sus recuerdos de movimiento sin esfuerzo, o recuerdos de sensaciones, sentimientos y pensamientos característicos del modo parasimpático -un modo que no está operativo durante la disociación.

En determinadas circunstancias pueden haber sido capaces de moverse sin esfuerzo, es decir, utilizando la dopamina, incluso una vez los síntomas de Parkinson ya habían empezado a aparecer. Esas circunstancias, que pueden durar incluso algunas horas, podían ser mientras se tocaba el violín, por ejemplo, o se visitaba el museo del sello, o cada año el día del cumpleaños, o en compañía de algún amigo de la infancia. Esos momentos "seguros", en caso de que los hubiese, son diferentes en cada persona. Por ejemplo, algunas personas con Parkinson no tienen síntomas mientras practican sexo, mientras que otras empeoran. Todo depende de lo que uno sienta como "seguro".

A medida que el Parkinson empeora, incluso los espacios seguros pueden dejar de serlo, y entonces tampoco durante esos momentos desaparecerán los síntomas.

Otros pacientes no recuerdan ninguna sensación de movimiento sin esfuerzo, o quizás sólo en recuerdos de infancia, o la percepción de expansión en el pecho como reacción a la belleza, para citar algunos comportamientos asociados al modo parasimpático.

No hay dos pacientes de Parkinson que reaccionen de la misma forma. Ni tampoco tienen los mismos síntomas, ni estos se desarrollan en la misma secuencia o en el mismo período de tiempo. La enorme variabilidad de los síntomas, incluso cuando estos varían de gravedad según el día o la hora, sugieren que hay un mecanismo de control muy personalizado que los dirige, y que responde a los pensamientos de la mente consciente. Pero el piloto, esta tendencia subconsciente a utilizar el modo disociado en vez del simpático (de ataque o huida) para afrontar el dolor o el miedo, trabaja entre bambalinas, oculto incluso de la consciencia de la persona con Parkinson.

Como decía, la instrucción de disociarse puede ser, inicialmente, un mecanismo intermitente o continuo, pero a lo largo de los años, debido al uso habitual del modo simpático, el cerebro puede acabar percibiéndolo todo como un riesgo, y adoptar la disociación y la primacía de la adrenalina como modo de comportamiento primario.

Esto no ocurre cuando los síntomas de Parkinson son aparentes, sino que estos aparecen cuando ya hay que realizar demasiado esfuerzo para mantener este convincente sentido de urgencia, que es el origen del predominio del modo simpático mentalmente inducido. Cuando bajan los niveles de adrenalina, aparecen los síntomas largamente reprimidos.

## **Traumatismo en el pie y disociación del dolor**

Algunas personas con Parkinson tienen tanto un traumatismo mal curado en el pie como una actitud mental de supresión del dolor. Lo cual tiene sentido: si una persona ha desarrollado una actitud de insensibilidad al dolor, las heridas subsiguientes pueden no haber estado suficientemente reparadas, y por lo tanto mal curadas.

Casi todo el mundo se ha dado un golpe en el pie alguna vez, se ha enganchado los dedos de los pies o se ha torcido el tobillo. Así que el hecho de que una persona cuya estrategia frente al dolor es volverse insensible (y por tanto también inconsciente) tenga una herida mal curada en el pie o el tobillo no debería resultar extraño. De hecho, la mayoría de nuestros pacientes (el noventa y tres por ciento) presentan ambos componentes: el traumatismo mal curado desde hace años y una habilidad mentalmente inducida de insensibilidad al dolor.

Ya sea que el paciente presente la disociación únicamente ante el traumatismo, o que ésta sea una disociación mentalmente inducida y generalizada ante cualquier dolor, o ambas cosas, en el momento en que empiezan a aparecer los síntomas de Parkinson el circuito energético fluye vigorosamente en patrones idénticos a aquellos que impulsan el modo disociado fisiológicamente, incluyendo la inhibición de la liberación de dopamina para el área de imaginación del movimiento, o "motriz".

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento puede implicar tanto la imposición de manos en el pie o tobillo dañado como, o también, enseñar al paciente a cambiar su modo de enfrentarse al miedo y el dolor.

### **Tratamiento de la lesión**

El tratamiento de imposición de manos que utilizamos para las lesiones con las que el paciente se ha disociado es la liberación espontánea y sin esfuerzo (FSR en inglés, de Forceless, Spontaneous Release), un tipo de Yin Tui Na, una terapia manual china. Este método de imposición sobre la lesión es extremadamente suave, y podría entenderse como "un vendaje elástico humano de una hora". Las sesiones pueden realizarse una vez al día o a la semana, hasta que la lesión empiece a curarse. Las respuestas que tienen lugar cuando eso ocurre son inconfundibles, y las describiremos más adelante.

Un miembro de la familia o un amigo puede realizar este tratamiento fácilmente. En la página web de nuestro proyecto [www.pdrecovery.org](http://www.pdrecovery.org) se proporcionan gratuitamente las instrucciones detalladas sobre esta técnica.

No es necesario un tratamiento "profesional", excepto en los casos en que haya amplias zonas de tejido cicatrizal que estén causando bloqueos energéticos. En estos pocos casos, de una a tres sesiones de acupuntura podrían remediar fácilmente el bloqueo en la zona de la cicatriz. En nuestra web también se pueden encontrar instrucciones para el tratamiento de acupuntura recomendable en estos casos. Una advertencia: la mayor parte de los

acupuntores no han aprendido a tratar eficazmente tejidos cicatrizales. *Trackin the Dragon*, un libro sobre acupuntura que puede descargarse gratuitamente en [www.pdrecovery.org](http://www.pdrecovery.org) explica todo lo que hay que saber sobre estas técnicas.

### **Tratamiento de la disociación del cuerpo**

En caso de que sea necesario, el re-aprendizaje psicológico requiere que la persona deje de recurrir a la disociación como respuesta al miedo. Este re-aprendizaje implica el mismo nivel de intensidad que el necesario para dejar de fumar o abandonar cualquier hábito que inicialmente resultara gratificante.

La mayoría de los pacientes de Parkinson no son capaces de "decirse a sí mismos" de forma eficiente y consciente que dejen de usar la disociación, porque han aprendido a disociarse subconscientemente. En vez de eso, la persona que quiera cambiar sus patrones de pensamiento subconsciente debe ordenarse a sí mismo que cese de cultivar o escuchar cualquier pensamiento relacionado con el temor o la desconfianza, y tiene que obligarse a sí mismo a admitir que, en realidad, está a salvo.

Por supuesto, una vez se haya recuperado, puede permitirse volver a sentir miedo, pero lo hará utilizando el modo simpático -el adecuado para manejar los miedos.

Los intentos tibios o a medias tintas de valentía no conseguirán liberar a la persona de la convicción crónica de que, de una forma u otra, se encuentra en peligro, del mismo modo que no funciona intentar dejar de fumar reduciendo unas caladas al día.

Todos sabemos cómo la mayoría de la gente deja realmente fumar: lo deja cuando se harta realmente del hábito. En ese instante, normalmente inducido por enfado y frustración, se dice a sí misma con un tipo particular de convicción absoluta, liberadora y satisfecha que se acabó el fumar. ¡Y punto!

En ese momento, su mente se ve alterada por esa afirmación y ese hábito subconsciente deja de ser un impulso irrefrenable: ese hábito se ha visto relegado en su mente de la lista de actividades al reino de los recuerdos. En ese momento, o poco después, la persona se da cuenta de que ya es un no-fumador. Entonces quizás empiece con un método que haya elegido y le atribuya el éxito de dejar el hábito, o simplemente deje de fumar para siempre. Pero fue en el momento en que tomó la decisión que cambió su identidad y pasó a ser un no fumador.

Hemos observado que esta situación muestra un paralelismo absoluto con la recuperación de la disociación crónica mentalmente inducida que causa o contribuye a la enfermedad de Parkinson.

En aquellas personas que tienen el hábito mental de la disociación del cuerpo en su totalidad (a diferencia de aquellos que "sólo" muestran disociación con la lesión en el pie) la recuperación va precedida, en todos los casos, de una poderosa afirmación, ya sea dirigida a su

cuerpo o al universo que, en esencia, proclama: "Por fin estoy a salvo", seguido de "Así que no voy a seguir haciendo esto".

No es el temblor, lo que no van a "seguir haciendo". Tampoco es el Parkinson, lo que "no van a seguir haciendo".

Aquello que van a dejar de hacer es pensar que están perpetuamente en riesgo, o elegir hacerse el muerto en momentos emotivos. Lo que van a dejar de hacer es reaccionar al miedo y el dolor fingiendo ser insensibles. En el caso de que se encuentren en riesgo en el futuro, lo admitirán y lo manejarán como una persona normal: usando el modo simpático. Y cuando el peligro o dolor real y evidente haya pasado, volverán a estar relajados y a disfrutar de la vida.

Al igual que el fumador, esa afirmación de "no voy a seguir así" normalmente aparece cuando la persona con Parkinson *se harta* de intentar usar la fuerza de voluntad para *controlar* su mente, o *controlar* los síntomas del modo que sea. Eso puede ser difícil, porque estas personas normalmente tienen una gran habilidad para control mental. Pero ésta es una situación en esto no va a funcionar.

Inicialmente, la mayoría de los pacientes de nuestro programa intentan "controlar su mente" forzándose a sentirse tranquilas. La tranquilidad adquirida de este modo puede proporcionar un cese de los síntomas a corto plazo, pero no va a desembarazarse de la premisa: "Estoy en riesgo". Imponer la tranquilidad sobre el miedo no proporciona una valentía duradera.

Cuando la persona con Parkinson finalmente admite que realmente está por fin a salvo, no necesita imponer la tranquilidad: simplemente está tranquila, o tan tranquila como quiera estar, porque se siente segura: ya no está en riesgo de ninguna forma.

Habitualmente, justo en los momentos previos a que la persona recupere su capacidad para liberar dopamina, se ve sorprendido por una afirmación que surge de su interior. Se ve sorprendido por la fuerza o la alegría que siente súbitamente. Y a menudo le resulta extraño, porque las palabras que pronuncia pueden parecer no tener sentido en el contexto del Parkinson, o del miedo.

Las exclamaciones que algunos pacientes se sorprendieron a sí mismos pronunciando pueden ser muy dispares como muestran los dos siguientes ejemplos: uno de mis pacientes se encontró gritándole al universo "¡Realmente quiero vivir! ¡Quiero vivir!", mientras que otro se sintió desbordado con algo más elaborado: "Estoy realmente agradecido al Parkinson: ahora me siento seguro porque *Te* he entregado mi vida [entendido en un contexto religioso]. Por fin entiendo que Tú estás al mando, y no yo. Estoy a salvo y quiero vivir con valentía".

Instantes después de estas imprevisibles declaraciones, estos dos pacientes comenzaron a experimentar inesperadas y distintas sensaciones asociadas con la liberación de dopamina.

Aunque estos dos ejemplos parezcan no tener nada que ver, ni entre ellos ni con el hecho de liberarse del miedo o recuperarse del Parkinson (en el último caso, más bien al

contrario), ambas muestran que la persona ya no se siente en peligro, y por tanto, no necesita seguir protegiéndose de nada: está a salvo, lista para "volver a la vida", sea lo que sea lo que eso signifique.

Sólo cuando la persona admita que ya no está expuesta a ningún peligro real, sólo entonces se desconectará disociación biológica.

Y una vez el modo disociado se haya desconectado, la persona podrá elegir embarcarse o no de nuevo en un episodio de disociación en el futuro. En nuestra limitada experiencia, después de desconectar del largo episodio que les llevó al Parkinson, muchos pacientes están tan aliviados de sentirse vivos de nuevo que no quieren volver a usar la disociación como método de gestionar el dolor o el miedo. Otros sienten que los síntomas de Parkinson van y vienen, dependiendo de su estado de ánimo.

La mayor parte de nuestros pacientes se han mostrado dispuestos a que les tratáramos las lesiones del pie, pero son muy reacios a aceptar que realmente están a salvo. Por contra, se han estado convenciendo desde hace mucho tiempo de que su recelo es lo que les mantiene a salvo, por lo que cualquier reducción de esa desconfianza los pondrá necesariamente en riesgo.

A fin de recuperarse, necesitan admitir que no pueden obtener esa seguridad a través del modo disociado de cálculo del riesgo y la desconfianza. Deben aceptar la idea de que la vida conlleva, o al menos eso es lo que parece ser superficialmente, un riesgo inherente... pero que ese nivel de riesgo está bien, y es natural, e incluso es algo bueno.

La mayoría de los pacientes llegan a esa decisión mediante la comprensión mental o espiritual de que ya sea su corazón, su consciencia o su alma, están a salvo, aunque su cuerpo o sus emociones sufran, o incluso aunque el cuerpo muera.

No parece importar por qué uno decide que quiere volver a arriesgarse en el desconcierto de la vida. Puede hacerlo a pesar de los riesgos aparentemente azarosos inherentes al vivir. O quizás decida que por fin se siente a salvo porque no hay riesgos inoportunos, sino sólo aquellos que son causa y efecto del karma o "aquello inevitable". El razonamiento exacto detrás de la toma de esta decisión no es importante. Lo importante es la decisión de dejar de ser receloso, temeroso o miedoso. O se puede tomar esta decisión porque, al fin y al cabo, ya no se está en ningún peligro evidente ni inmediato.

La decisión se toma con la alegría y la fuerza de las emociones que brotan del corazón. Y esta resolución de contar con el apoyo del corazón puede ser una reacción a sentirse frustrado, o a estar en el umbral de una transformación espiritual, o a estar en otro estado de consciencia que motive un cambio. Sea cual sea el estado mental que finalmente decida dejarse llevar por la confianza en el corazón -en vez de permitir que sean los miedos de la mente y el ego que lo manejen todo- no importa.

En todos los casos, es el corazón del paciente el que le asegura que vuelve a estar a salvo. Como aparte diré que a mayoría de nuestros pacientes con Parkinson no tienen ni idea de lo que significa la palabra "corazón" en este contexto, aunque su terapeuta, conyugue o

amigos lo entiendan perfectamente. El sentido de "corazón" es aquí muy literal, pero hablaremos de ello más adelante.

En respuesta a esta confirmación del corazón de que "ahora estamos a salvo", una confirmación por la que había estado esperando ansiosamente, el cerebro del paciente desconectará inmediatamente la disociación.

Una de las características naturales del estado de disociación es que no deja de funcionar hasta que la persona (o el animal) determina que está a salvo del trauma reciente. En algunos humanos, especialmente aquellos que intencionadamente han decidido hacerse insensibles al dolor, esta determinación de sentirse seguros puede no llegar nunca, y la disociación seguirá funcionando indefinidamente.

## **La recuperación**

En cualquiera de los dos escenarios que pueden llevar al Parkinson (la disociación de una lesión en el pie o el tobillo, o la disociación del dolor en general), cuando el circuito vuelve finalmente al funcionamiento normal (ya sea el modo simpático, parasimpático o una mezcla de los dos), cesa la rigidez del Parkinson.

### **Recuperación de la rigidez**

Cuando el patrón eléctrico propio de la disociación cesa, la liberación de dopamina es posible de modo inmediato. Instantes después de decidir que se está "por fin a salvo", la persona enferma de Parkinson se sentirá más flexible, menos rígida. Normalmente destaca que se siente más "ligera" -menos afectada por la gravedad. De golpe, sonreír y algunas otras funciones motoras, se realizan sin esfuerzo, o con sensación de ligereza, impulsadas por la *imaginación*, basada en la dopamina, de las sensaciones de movimiento, por oposición a las funciones motoras ordenadas por la mente, basadas en la adrenalina, que la persona con Parkinson probablemente habrá utilizado durante la mayor parte de su vida.

Mucha de la ansiedad y la rigidez del Parkinson puede desaparecer de forma *instantánea*.

Tras la recuperación de la actitud de disociación, una persona puede experimentar un retorno casi instantáneo a la facilidad de movimiento, que puede incluir una voz y una forma de caminar más relajadas, una caligrafía más fluida, y la recuperación de otras funciones motoras que se perdieron como los síntomas de rigidez (en oposición a los síntomas de atrofia). Esas funciones pueden volver a la normalidad rápidamente, en unos minutos o unos pocos días.

De nuevo, a causa de que muchas personas tienen dificultades en entender lo rápido que estos cambios pueden suceder, la desaparición de algunos síntomas que eran impulsados por la rigidez o la sensación de "pesadez" puede ser cuestión de momentos o minutos.

## **Recuperación de la debilidad**

La debilidad puede permanecer, en algunos músculos, a causa de la atrofia. De hecho, cuando la rigidez y la sensación de pesadez desaparece, la debilidad muscular subyacente puede hacerse más aparente que antes.

Pueden pasar algunos meses antes de que se restablezcan completamente los músculos faciales, los bíceps y otros músculos que quedaron atrofiados o entumecidos.

Un tiempo después de que la rigidez desaparezca, puede parecer (o sentirse) como si los tejidos que mantenían en cerebro en su lugar "se soltaran", como si el cerebro cambiara de posición (hablaremos de ello más adelante). Después de la sensación de que el cerebro se mueva físicamente, el temblor, en caso de que lo hubiera, cesa.

## **Recuperación de la insuficiencia de dopamina**

Para recuperar la capacidad de producción de dopamina, de la que nadie nunca "se queda sin", pueden ser necesarios varios meses. Antes de que eso ocurra, quien se haya recuperado de Parkinson puede experimentar el movimiento de forma absolutamente normal durante horas o incluso semanas, y luego, normalmente como respuesta de un largo período de esfuerzo, o de mucho calor o mucho frío, su capacidad para el movimiento físico puede "dejar de funcionar" durante un rato. Puede sentirse totalmente incapaz de iniciar cualquier movimiento durante diez minutos o incluso una hora. Después de este descanso, durante el cual el cerebro ha tenido el tiempo de recircular la dopamina y recolocarla para el uso, se puede volver al movimiento normal. Estos episodios van disminuyendo con el tiempo. En unos meses, estas breves "paradas" cesan completamente.

Sin embargo, estos episodios de inmovilidad son muy distintos de la rigidez que caracteriza el comportamiento "congelado" del Parkinson. Estos momentos de "baja dopamina" son periodos de profunda calma y relajación. Pueden sentirse más como si el cuerpo se estuviera "aflojando", como si uno estuviera entregándose lentamente al sueño, aunque la mente permanezca completamente en paz: despierta y curiosa. En otras palabras, los procesos mentales todavía están dominados por la dopamina, pero los niveles de dopamina no son lo suficientemente altos para cruzar el umbral de la función motora. Este fenómeno es totalmente diferente de la actitud y la capacidad motora durante un episodio de bloqueo de la enfermedad de Parkinson.

Por supuesto, si se presenta una verdadera emergencia durante uno de estos episodios, la persona siempre podrá moverse utilizando el impulso de la adrenalina, que ahora puede resultar desagradable.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> He insertado este detalle en el primer capítulo porque he tenido muchos pacientes que no estaban seguros de querer recuperarse de Parkinson tras oírme mencionar estos cortos períodos de "bajada de energía" que pueden tener lugar al principio de la recuperación. Este comentario sobre la posibilidad de

Este fenómeno da más fuerza a nuestra hipótesis.

Estudios forenses muestran una disminución de la actividad de las áreas productoras de dopamina de la *substantia nigra* en las personas con Parkinson. Pero las áreas que no están pigmentadas en negro todavía están de un sano gris: no están muertas.

Las células se han convertido en "re-indiferenciadas". Se parecen a las células inmaduras de un feto, que todavía no han recibido instrucciones sobre cómo deben especializarse.

Durante la recuperación, el demostrado aumento de la producción de dopamina, basado en el aumento continuo de la duración de las funciones motoras basadas en la dopamina, refuerza la hipótesis de que esas células no están muertas, y sugiere que simplemente están inactivas (que ya no producen dopamina) como consecuencia de la falta de demanda.

Este particular fenómeno de recuperación sugiere que las áreas inactivas del cerebro son totalmente capaces de retomar su capacidad de producción como respuesta a la reactivación del modo neural que necesita dopamina. Esto también sugiere que, a lo largo de algunos meses, estas células aumentan considerablemente la cantidad de dopamina "de reserva".

La inhibición de la liberación de dopamina es *normal* durante el modo disociado. Las adaptaciones del cerebro, que incluyen el aumento y la disminución de las actividades de las células -basadas en el uso regular o en su falta de uso en ubicaciones específicas- son procesos normales en un cerebro altamente modelable.

### **Recuperación de la personalidad parkinsoniana**

También contribuye a nuestra hipótesis la alteración inmediata de la "personalidad de Parkinson" que tiene lugar después de la recuperación.

"Durante casi un siglo se ha creído que la enfermedad de Parkinson podría estar asociada a un determinado tipo de personalidad. La personalidad parkinsoniana se ha descrito como compulsiva, industriosa, introvertida, moralmente rígida, puntual, seria, estoica, tranquila... Los estudios muestran que los pacientes que padecen esta enfermedad consiguen una puntuación inferior que el grupo de control en un rasgo de la personalidad llamado

---

acceder al impulso por adrenalina está en el primer capítulo, en vez de incluirlo en el lugar que por lógica le corresponde, esto es, en los capítulos sobre síntomas de recuperación, a causa de este miedo tan común.

A los lectores que no sufran de Parkinson les podrá parecer imposible que una persona pudiera elegir la enfermedad por miedo a unos pocos y breves interludios de inmovilidad durante la recuperación. Pero para una persona que, aunque sea de forma subconsciente, ha construido una vida mental dedicada a la preparación para el peligro, la idea de unos breves períodos de inmovilidad puede ser aterradora. Este miedo, por supuesto, hace que incluso la anticipación de la inmovilidad del Parkinson avanzado sea particularmente temible para estas personas.

"búsqueda de la novedad" que, de acuerdo con la teoría de Cloninger, es el rasgo primario del temperamento modulado por la dopamina".

Estos adjetivos son un poco diferentes de los que yo usaría. Y siempre hay excepciones a la clásica personalidad de Parkinson -especialmente entre el 5% que *sólo* tienen una lesión mal curada en el pie, pero no una disociación de todo el cuerpo. Pero esta descripción se acerca lo suficiente al asunto para incluirla en el capítulo introductorio.

Casi inmediatamente después de la recuperación, marcados por un cambio permanente en los patrones energéticos de disociación, estos rasgos de la personalidad, en caso de que los hubiera, desaparecen o cambian. Al cabo de unas pocas horas, o en algunos casos incluso minutos, la persona está más relajada, menos crítica respecto a sí misma, más curiosa, más juguetona y de risa más fácil. Puede perder rápidamente, por ejemplo, su miedo característico a ser impuntual, o el terror a perderse mientras conduce.

### **La recuperación del temblor**

Igual que ocurre con las vibraciones que tienen lugar durante años en el interior del cerebro, lo que podría llamarse "la agitación interna" o el "temblor interno" que impulsa el temblor visible, esas vibraciones están presente mucho antes (normalmente décadas) de que apareciera el temblor visible exteriormente. Esas vibraciones normalmente cesan muy pronto, unas pocas horas o semanas, después de que se restaure el circuito energético al estado "normal". Justo antes del cese de el temblor interno, la persona puede tener la sensación de que los dos hemisferios del cerebro cambian de lugar, y sentir que la habitación le da vueltas. Tras este "realineamiento en la cabeza" el trauma que durante años había mantenido el patrón instalado en el cerebro desaparece. Y el temblor se detiene.

Cuando eso ocurre, la sensación es maravillosa, y aparece una inusual quietud interna tan pacificadora, que incluso puede llevar a la persona a pensar si no habrá muerto de repente. En seguida se da cuenta de que todavía respira y que está viva, pero de una manera muy distinta de que como ha vivido durante gran parte de su vida. Poco después de que esto ocurra, el temblor visible también desaparece de forma permanente.

Esta secuencia de eventos que tienen lugar durante la recuperación del temblor interno es manifiestamente diferente de un cese temporal del temblor, como el que puede ocurrir como respuesta a los varios métodos de relajación física o mental, o durante el sueño; estados que permiten que el temblor físico disminuya temporalmente, mientras el temblor interno continua.

### **Ritmo de recuperación**

Por un lado, las personas con Parkinson que simplemente se han disociado psicológicamente durante décadas de las sensaciones de una lesión mal curada en el pie, y que nunca se han preocupado por reconectar con ella, son normalmente bastante fáciles de tratar. La lesión

causó un patrón energético que imita el de la disociación, lo que causa los síntomas físicos del Parkinson, pero no están emocionalmente apegados a la desconfianza que normalmente desencadena este patrón energético: no consideran que se encuentren en riesgo en relación a nada que no sea esa lesión en concreto. Una vez se curan del pie, se recuperan pronto de los síntomas de Parkinson, normalmente al cabo de unas semanas o unos pocos meses.

Por otra parte, las personas que se han convencido a sí mismas de que son insensibles al dolor en general, y que por tanto aplican una disociación biológica, pueden ser fáciles o difíciles de tratar, dependiendo de las ganas que tengan o lo capaces que sean de liberarse de esa orden auto-impuesta, emitida años atrás, que desencadenó algunos aspectos del modo disociado en todo el cuerpo.

Ésta es una cuestión muy compleja, y el uso de la palabra "ganas" en el párrafo anterior no implica una debilidad de la fuerza de voluntad por parte del paciente, sino todo lo contrario. A menudo la dificultad está en que estas personas han aprendido a utilizar la fuerza de voluntad basada en la adrenalina, que es extraordinariamente fuerte, a fin de seguir adelante.

Cambiar este hábito de usar la fuerza de voluntad basada en la adrenalina requiere voluntad, pero de un tipo muy diferente: implica darse cuenta de que se está a salvo, y de que no necesita utilizar la fuerza de voluntad basada en la adrenalina para protegerse y controlar su vida.

Sin embargo, mientras la persona siga sintiéndose en riesgo, va a tener que seguir recurriendo a la adrenalina. Es por esta razón que sentirse a salvo y la consiguiente desconexión de la fuerza de voluntad basada en la adrenalina siempre preceden al maravilloso estallido de alegría, la convicción y la exclamación, que se originan en la voluntad basada en la dopamina, que llevaba años inactiva, y que anuncia el cese de la disociación.

Puede ser extremadamente difícil para una persona que, de modo subconsciente, se ha pasado la vida desconfiando, aceptar con alegría la idea de que "al fin está a salvo".

### **El cambio mental del miedo al dolor a un miedo generalizado**

La disociación puede haber sido desencadenada originalmente por el deseo de evitar el dolor. Pero el prolongado uso de la disociación y la supremacía del modo simpático lleva a que el cerebro se vea dominado por éste y su modo de pensamiento: miedo y desconfianza. A fin de desconectar la disociación, la persona debe declarar su resolución de rechazar cualquier pensamiento relacionado con el miedo -incluido el miedo al dolor. O eso, o admitir que no se siente miedo o dolor en el momento presente, o que se acepta sentirlo y enfrentarlo, y que puede hacerlo porque ahora está a salvo.

## **Demostrar la curación**

Muchas personas se han recuperado después de haber recibido un diagnóstico de Parkinson "incurable" -incluidas muchas que nunca han conocido los resultados de nuestras investigaciones-, y gracias a la tecnología se pueden leer sus historias en blogs en internet.

A menudo su recuperación ha incluido algún proceso terapéutico dirigido a sus antiguas lesiones en un pie. También es frecuente que hicieran algún tipo de "trabajo personal", ya sea filosófico o espiritual, que les ayudara a sobreponerse a sus sentimientos de desconfianza y la sensación de estar siempre en peligro.

Estas personas suelen hacer todo tipo de conjeturas acerca de cuál de las muchas terapias fue la desencadenante del cambio. Pero sin el conocimiento de la dinámica relacionada con el origen del Parkinson no son capaces de determinar qué fue lo que les llevó a la curación, y por qué su recuperación no puede aplicarse universalmente.

En nuestro programa de investigación, que está en marcha desde el 1998 hasta hoy, hemos visto a muchas personas recuperarse tanto de Parkinson idiopático como psicogénico, algunas de ellas de forma rápida y fácil. Y normalmente llegaban a nosotros con varias confirmaciones (de dos o más neurólogos) de diagnóstico de Parkinson.

También hemos recibido correos electrónicos de personas a quienes nunca hemos conocido o tratado que nos escribían diciendo: "Gracias. Me he recuperado del Parkinson mediante la información gratuita de vuestra página web". Y algunos de ellos entran en detalles, mientras que otros no dicen nada más. La mayoría de los correos electrónicos que recibimos son de personas que recibieron ayuda terapéutica de familiares y amigos: personas sin experiencia que averiguaron cómo realizar la terapia utilizando la información de nuestra web.

Estos correos confirman que una persona puede recuperarse sin tener que recurrir a un profesional de la salud.

## **Apoyo de los neurólogos**

Ante la recuperación de un paciente, los neurólogos acostumbran a desestimarla afirmando que debía ser un error en el diagnóstico o algún componente neurótico o psicótico (que manifestaba Parkinson psicogénico).

Sabemos de un neurólogo, especialista en Parkinson, que escribió en la historia clínica del paciente que no sabía por qué esa persona había estado fingiendo tener Parkinson durante seis años.

No es extraño que amigos y jefes reaccionen con hostilidad al constatar la recuperación de un paciente, pues se sienten engañados y creen que esa persona fingía sufrir un Parkinson incurable a fin de despertar simpatía y compasión.

Sabemos de un único neurólogo que reconoció que su paciente de había recuperado de un Parkinson idiopático.<sup>5</sup>

Si tenemos en cuenta el desdén de que son objeto las personas que se recuperan, especialmente por parte de médicos y "amigos" que creen que el paciente ha estado fingiendo o que tenía un problema psicológico, la valentía de aquellos que lo han hecho público y sus historias de curación son todavía más inspiradoras.

Pero el desprecio, aunque no sea merecido, también es comprensible: si una persona se recupera de la enfermedad de Parkinson después de tratarse con lo que la gente cree que es "un poco de masaje en los pies" y "superar sus miedos" (o aun más común, "aceptarse por fin a sí mismo"), es normal que el mundo no se ponga de pie y aplauda.<sup>6</sup>

Sin embargo, cualquier persona con Parkinson que realiza los pasos necesarios para la recuperación es digna de la más alta admiración.

### **No todos los pacientes se recuperan**

Hemos visto muchas personas que no querían seguir enfermas de Parkinson, pero que tampoco querían, o no podían, desprenderse de su habilidad para no sentir el dolor. En palabras de uno de estos pacientes: "El sentido de la vida es evitar el dolor. De ninguna manera voy a hacerme sentir dolor *a propósito*".

Estas personas, como la mayoría de nuestros pacientes de Parkinson, son muy propensos a la ansiedad y al miedo, y temen particularmente el dolor que puedan sentir si se desprenden de la habilidad de insensibilizarse. Y es un miedo legítimo, que subyace a un miedo subconsciente de muerte inminente, aunque este miedo no aparezca hasta después de la recuperación, cuando el paciente, en relación a la relajación de su comportamiento, destaca despreocupadamente: "En realidad, nadie va a morir por ello..."

Darle la vuelta a una actitud de desconfianza subconsciente a través de la poderosa convicción de que uno está a salvo puede ser algo difícil de hacer.

---

<sup>5</sup> Howard Shifke se curó de Parkinson, y su neurólogo es el único médico que conocemos capaz de aceptar que su paciente sufría esta enfermedad y se recuperó. Howard Shifke tiene un blog sobre su proceso de recuperación. Normalmente no uso el nombre real de los pacientes, pero en este caso lo hago porque no es paciente mío y tiene un blog público. La mayoría de los nombres en este libro son pseudónimos.

<sup>6</sup> A menudo, personas que no conozco me escriben para preguntarme: "¿Qué puedo hacer para compensarte? He utilizado la información de vuestra página web y me he curado".

Siempre les contesto lo mismo: "Escribe sobre tu recuperación y publícalo en internet". Sin embargo, por lo que sé, la mayoría no lo hacen público.

Y resulta extraño, porque las personas que se han recuperado de un cáncer espontáneamente, ya sea mediante la visualización, la oración o otras terapias "alternativas" sí lo han hecho y reciben mucho apoyo. Pero hasta ahora, las personas con Parkinson "incurable" que se recuperan tras un proceso extraordinariamente difícil, o cambiando literalmente el modo en que utilizan su cerebro, no reciben el mismo apoyo que aquellas que cambian para recuperarse de un cáncer "incurable". Quizás sea porque las células del cáncer pueden verse en un microscópico, mientras que las corrientes energéticas del Parkinson no.

Es totalmente comprensible que una persona con ese aprendizaje consciente y subconsciente se sienta aterrorizada e incapaz de manifestar con alegría los cambios mentales necesarios para la recuperación. Al fin y al cabo, su mente inconsciente le repite silenciosamente que debe "hacerse el muerto y no hacer nada que perciba como incorrecto, bajo pena de muerte", una amenaza aún más temible que la propia enfermedad de Parkinson.

Por supuesto, aunque el rechazo del dolor es algo instintivo, la forma natural de gestionarlo es tratarlo, cuando y en caso de que llegue, y tratar de aliviarlo con el consuelo de uno mismo y de los demás. Mientras que la forma natural de gestionar el peligro es actuar: luchar o huir.

No es natural hacerse insensible de por vida como forma de evitar el riesgo de experimentar el dolor o la muerte. Pero este razonamiento no tiene sentido para una persona cuyo subconsciente, a causa de una larga disociación, ha llegado a creer realmente que su vida está siempre en peligro.

Puede llegar a ser muy difícil afrontar la lesión en el pie o cambiar el modo de pensar. Muchos de nuestros pacientes pasan años intentándolo antes de conseguir recuperarse, o recuperarse parcialmente (un estado en el que muchos de los síntomas desaparecen completamente, pero se sufren episodios de rigidez e inmovilidad en todo el cuerpo que van y vienen dependiendo del estado de ánimo o las circunstancias externas) antes de abandonar la idea de la curación.

### **La motivación del Proyecto de Recuperación del Parkinson**

He sido testigo de personas que se han recuperado de Parkinson. Los primeros tres eran pacientes míos que se recuperaron "por casualidad", como respuesta al tratamiento de otros problemas físicos -lesiones en el pie- que, a primera vista, no tenían nada que ver con las células productoras de dopamina.

Si menciono estas células es sólo porque desde los años sesenta, en medicina occidental, la inexplicable inactividad de las células productoras de dopamina en el cerebro era considerada la causa de la enfermedad de Parkinson, y yo misma acepté rápidamente y sin cuestionarla, igual que mis colegas estudiantes de medicina, esa hipótesis como cierta.

Después de mis observaciones, me metí en internet y descubrí que había otras personas que se habían curado. Su tratamiento a menudo había incluido, de forma tangencial, algún tipo de tratamiento que había mandado energía o consciencia a los pies. Esas personas tendían a atribuir su recuperación a la aplicación de otros tratamientos más esotéricos y místicos. Lo cual no deja de tener sentido: ¿por qué un aumento de la consciencia o energía en los pies debería tener algo que ver con el Parkinson? La característica compartida de la lesión en el pie me llamó la atención: el hecho de llevar la atención subconsciente del paciente a una lesión mal curada en el pie era el tratamiento que yo mismo había aplicado a mis pacientes, quienes inmediatamente después se habían recuperado de Parkinson.

El problema de la disociación de todo el cuerpo apareció más tarde, después de que muchos pacientes se recuperaran parcialmente tras curarse de la lesión en el pie, pero todavía siguieran conectando con los síntomas de Parkinson en respuesta a diversos miedos.

La curiosidad que despertaron los tres casos de recuperación de mis propios pacientes en 1997 y 1998, y el descubrimiento de otros casos de recuperación de esta enfermedad "incurable", me llevaron a investigar tanto un tratamiento efectivo como la causa detrás de los casos de Parkinson idiopático. Quería saber *por qué* esos tratamientos habían funcionado.

Cuando, unos quince años después, pudimos por fin encajar todas las piezas, incluido el circuito de la disociación, entendimos por qué las personas se recuperaban del Parkinson: habíamos descubierto qué lo causaba y cómo revertirlo.

### **Apoyo de la medicina occidental**

Una vez supe por dónde debía investigar, pude encontrar estudios de medicina occidental que apoyaban mi trabajo.

En 2001, un investigador publicó un artículo acerca del uso de unos escáneres relativamente nuevos, los SPECT, que utilizaban moléculas radioactivas de dopamina para observar la actividad de la dopamina en el cerebro. Estudios anteriores mostraban el descenso de la actividad relacionada con la dopamina en el área motriz en las personas con Parkinson. Este estudio esperaba encontrar un descenso de la actividad de la dopamina también en otras áreas del cerebro -responsables de comportamientos asociados con la "personalidad de Parkinson"-, descubrimiento que encajaría con la teoría predominante de la "disminución de la producción de dopamina".

No obstante, descubrió un *aumento* significativo de la actividad relacionada con la dopamina en la parte no motriz del cerebro: el núcleo caudado derecho, que es el que "clasifica los estímulos en categorías"<sup>7</sup>. Y esta área del cerebro ayuda a determinar si algo es peligroso o seguro.

Basándose en la "disminución de la dopamina" de las teorías sobre el Parkinson de los años setenta, este investigador había asumido lógicamente que los niveles bajos de dopamina eran los causantes de los rasgos característicos de la personalidad de Parkinson, como la evitación del dolor y la disminución de la "búsqueda de novedad".

Pero encontró justo lo contrario. Descubrió un aumento de la actividad de la dopamina -con niveles incluso más altos que los de las personas sanas.

Los niveles más altos de lo normal de la actividad de la dopamina se encontraban en la parte del cerebro que evalúa, como por ejemplo, decidir si algo es seguro o peligroso.

---

<sup>7</sup> "The roles of Caudate Nucleus in Human Classification Learning": *The Journal of Neuroscience*, 16 Mayo, 205, 25 (11); 2941-2951.

Este artículo concluía: "Es posible que haya una única perturbación en el circuito del Parkinson que pueda explicar la paradójica pero significativa relación entre la evitación del dolor y la función dopaminérgica del caudado."<sup>8</sup>

De nuevo, el estudio mostró que las personas con la enfermedad de Parkinson tienen niveles más altos de actividad de la dopamina en esta parte del cerebro, que las personas que no sufren la enfermedad.

El área caudal comparte información con el área precúnea del cerebro.

### La conexión precúnea

El área precúnea evalúa la información en términos de "¿Cómo me afecta eso a mí?", una cuestión subjetiva, más que un análisis objetivo, que incluye la valoración de los riesgos.

La precúnea es también el área que impulsa instrucciones conscientes para la función motriz cuando es necesaria la inhibición. Ésta puede considerarse una función de la mente subconsciente.

Por ejemplo, en un estudio en el que se utilizaban escáneres del cerebro en sujetos hipnotizados, el área precúnea se antepone a las instrucciones mentales conscientes para mover un brazo. El área de imaginación motora, necesaria para la función motriz basada en la dopamina, se conectó a las señales del precúneo en vez de hacerlo a las señales del centro del lóbulo frontal de la consciencia.

En este estudio, al sujeto hipnotizado se le había dicho que su brazo era "demasiado pesado". Así, cuando intentaba levantar el brazo, el área precúnea iniciaba una actividad inusual y, simultáneamente, se inhibía el área motriz a pesar del esfuerzo de las instrucciones mentales para que levantara el brazo.

En esta investigación, en la que se usaban escáneres cerebrales para buscar el mecanismo subyacente a la inhibición de la función motriz, "el córtex motor derecho se preparaba como de costumbre para decirle a la mano izquierda que se moviera, pero el córtex parecía hacer caso omiso de las partes del cerebro con las que normalmente se comunica en el control del movimiento. En vez de eso, actuaba en sincronía más de lo habitual con una región diferente del cerebro llamada el *precúneo*. Este es un hecho sorprendente... Es como si, bajo

---

<sup>8</sup> "Personality traits and brain dopaminergic function in Parkinson's disease"; *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 98:13272-7; Valtteri Kaasinen, MD, PhD et al; 2001.

"El tipo de personalidad no parece ser dependiente de la dopamina [debido a bajos niveles de dopamina]. El marcador de la evitación del dolor [de las personas con Parkinson] mostraba una paradójica y significativa correlación positiva [mayor grado] con la absorción de F-dopa en el núcleo caudal derecho... El mayor descubrimiento de la parte II [del estudio] era la inesperada y significativa correlación entre la absorción de F-dopa del caudal derecho y la evitación del dolor del ITC [Inventario de Temperamento y Carácter] en la enfermedad de Parkinson". Esta investigación se hizo con pacientes *sin* medicar. En otras palabras, había más dopamina de la esperada en el área del caudal derecho, y sólo menos dopamina en el área de la *imaginación* motora del cerebro.

hipnosis, el córtex motor 'se conectara con la idea de que no puede mover (la mano) y no mandara el mensaje para iniciar el movimiento"<sup>9</sup>

Estos pedazos de investigación sin aparente relación dan, de hecho, sentido a la conexión entre el Parkinson (en el que los circuitos eléctricos fluyen como en el modo disociado), la personalidad del Parkinson (con el elevado gasto energético dedicado a la evaluación del riesgo y la desconfianza, característica del modo disociado), y el mecanismo por el cual la disociación puede inhibir la función motriz (la inhibición precúnea del área motriz si "no es seguro" moverse, siendo este "no ser seguro" una característica de la inmovilidad inducida por el modo disociado).

Todo ello, junto con nuestra propia investigación, particularmente con los resultados acerca de los síntomas de recuperación, son pruebas que contradicen poderosamente la teoría de que la causa del Parkinson es una disminución de la función de las células productoras de dopamina.

La disminución real de la cantidad de células productoras de dopamina en el cuerpo comienzan a parecer otro efecto secundario del hecho que el cerebro del paciente con Parkinson está atrapado en un patrón de disociación biológica. Un patrón en el cual el uso de dopamina es extremadamente limitado, y se destina principalmente al análisis (es decir, a la particular forma de valoración del peligro inmediato del modo disociado), más que no al uso de las funciones motoras del modo parasimpático.

Esto encaja perfectamente con los resultados de nuestras investigaciones: las personas con Parkinson tienen una "única alteración del circuito", un patrón eléctrico crónico que ocurre como respuesta al circuito que tiene lugar durante una amenaza a la vida. El circuito de la disociación (biológica) es un estado en el que se inhibe la movilidad hasta que desaparece el peligro, aunque esta inmovilidad pueda verse superada temporalmente, utilizando la adrenalina, ante una verdadera emergencia.

Las personas se recuperan de la enfermedad de Parkinson tan pronto como dejan de usar el modo disociado y retoman el uso de los modos "normales": el parasimpático y el simpático.

Tras más de una década de observar y tratar a centenares de personas con Parkinson y ser testigo de la recuperación de muchas de ellas, y de recuperaciones parciales pero estables, con mejorías consistentes, mi grupo de investigación se siente lo suficientemente segura para afirmar que hemos desvelado el misterio de la causa y el tratamiento de la enfermedad idiopática de Parkinson.

### **Importante a tener en cuenta**

Nuestros descubrimientos no son aplicables a las personas con Parkinson inducido por toxinas o fármacos, como la parálisis o el temblor causado por células muertas por drogas o toxinas.

---

<sup>9</sup> Brain scans show how hypnosis can paralyze a limb"; Neuron, Yann Cohan, 18 de Junio de 2009, citado en el *USA Today*, 24 de junio de 2009.

Las personas con este tipo de Parkinson no muestran patrones eléctricos del modo disociado, por lo que no se beneficiarán de los tratamientos que hemos desarrollado.

Además, las personas muy mayores con la capacidad de concentración mermada, y que no estén preparadas para realizar el trabajo que implica el desarrollo de una nueva personalidad, pueden no ser buenas candidatas para la recuperación. Encontrarán más información sobre esto en el capítulo 26.

### **Resultado de las investigaciones**

Los resultado de quince años de investigación, dedicados sobre todo a encontrar fórmulas para ayudar a las personas a "aprender a sentirse a salvo" no conllevan gráficas o estadísticas significativas, pues sólo hemos tratado a unas trescientas personas, y ninguna de ellas mostraba síntomas idénticos. Incluso el término "tratar" necesita una aclaración, pues la mayoría de los pacientes sólo se ha visitado con nosotros de una a tres semanas, y sólo hemos mantenido la comunicación mediante unos pocos correos electrónicos.

En un noventa por ciento de los casos, la recuperación requiere que el paciente inicie un cambio en los hábitos de pensamiento, y estos cambios abarcan desde descubrir y despojarse de hábitos de pensamiento basados en el miedo, a la modificación de convicciones "morales" como que "Dios quiere que sufra para que pueda parecerme más a Jesús".

La necesidad de un cambio de actitud y de valores extremadamente personalizado hace difícil determinar "estadísticamente" si hemos descubierto o no un método de curación consistente. El hecho de que un individuo se recupere totalmente -por oposición a la recuperación parcial (recuperación de la lesión pero no de la actitud, con los síntomas residuales desencadenados por el ánimo) depende en última instancia de una decisión totalmente personal de cambiar el modo de pensar. A la hora de demostrar si el Parkinson es "curable", los datos que hemos generado nos dicen que sí, pero la recuperación no está garantizada. Las cifras y datos pertinentes se detallan en el último capítulo.

### **Sumario**

Este capítulo es sólo una introducción. Los capítulos siguientes desarrollan con todos los detalles lo mencionado en estas páginas. Este libro comparte los descubrimientos del Equipo de Tratamiento del Parkinson de Santa Cruz con relación a las causas del Parkinson idiopático y psicogénico, su tratamiento y los inesperados síntomas de recuperación.